인 사 말

안녕하십니까! 국가인권위원회 상임위원 유남영입니다,

공중보건의 사각지대인 '구금시설의 수용자의 건강권'을 주제로 오늘 보건복지가족부 중앙배치기관 공중보건의사협의회와 공동으로 토론회를 개최하게 된 것을 매우 뜻 깊게 생각합니다. 이번 토론회는 공중보건의사협의회의 「WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서」 번역을 계기로, 국제적 기준에서 제시하고 있는 원칙을 통해 우리 구금시설 내 보건의료서비스 실태 및 건강권 현황을 비판적으로 검토하기 위해 마련된 것입니다.

국가인권위원회는 설립 이래 수용자의 보건의료서비스 접근권 및 건강 수준에 영향을 미치는 제반 요소를 향상시키고자 노력해왔습니다. 점진적이기는 하지만 이 분야에서 개선이 이루어지고 있는 것도 사실입니다. 그러나 위원회에 접수되고 있는 구금시설 진정 가운데 여전히 의료권 및 외부진료권, 수용환경 문제 등이 가장 많은 빈도를 차지하고 있어 관련 제도나 관행의 개선, 보건의료서비스 제공자의 인식개선을 위한 지속적인 노력이 요구되고 있습니다.

경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제규약 제12조는 모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리를 가진다고 규정하고 있습니다. 또한 우리 헌법 제36조 제3항은 모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받도록 규정하고 있습니다. 따라서 구금시설의 수용자는 보건의료서비스 뿐만 아니라 도달 가능한 최고수준의 건강한 상태를 유지할 수 있는 제반 조건을 보장받을 수 있어야 합니다. 출소 후 사회로 복귀하게 된다는 점에서 구금시설 내의 건강권의 보장은 국민건강 증진이나

지역사회 공중보건 향상을 위해 필수적인 것입니다. 아무쪼록 이번 토론회가 구금시설 내 건강권 보호를 위한 정책방향과 바람직한 대안을 모색하는 계기가 되기를 바랍니다.

이 토론회의 성사를 위해 노력해주신 모든 분들, 분주한 일정에도 불구하고 발제와 토론, 사회를 맡아주신 모든 분들, 이 자리에 참석해주신 모든 분들께 감사드립니다.

감사합니다.

2009년 11월

국가인권위원회 상임위원 **유 남 영**

인 사 말

<WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서> 번역출간을 기념하며, 국가인권위원회와 공동으로 토론회를 개최하게 된 점 기쁘게 생각합니다.

그 동안 국가인권위원회의 노력으로 수용자의 기본적인 건강권 보장 수준이 크게 향상되었습니다. 하지만 수용자 의료 지원에 대한 국민들의 부족한 인식과 열악한 수용환경, 만성적인 의료 인력난 등의 문제점은 높아진 수용자들의 의료 요구 수준과 부딪치며 현장에서 끊임없는 갈등을 빚어내고 있습니다.

이러한 현실에서, 현장의 젊은 의사들의 고뇌와 이를 해결해 나가고자 한 땀방울이 모여 번역출판이라는 결실로 맺어졌습니다. 이번 번역출판은 우리 사회의 건강 형평성 수준의 바로미터라 할 수 있는 구금시설 건강권에 있어 의료계의 관심이 부족한 데 대한 반성에서 시작하여, 앞으로 보다 많은 관심과 활발한 참여를 이끌어 내고자 한 선언적인 의미가 있습니다.

그런 의미에서, 이번 번역출판에 물심양면의 지원을 아끼지 않으신 대한의사협회 경만호 회장님께 다시 한 번 감사의 인사를 올립니다. 아울러 구금시설 건강권 향상에 지속적인 관심과 노력을 기울이시며, 이번에 새로운 논의의 장을 마련해 주신 국가인권위원회 현병철 위원장님께도 깊은 감사의 인사를 올리는 바입니다.

기본적인 건강권 보장에 대한 논의가 이루어지기 위하여, 먼저 10여 년 전의 포괄적인 연구와 비교한 전반적인 '건강권 보장 재 실태조사'가 이루어져야 할 것입니다. 더불어

구금시설 건강권과 관련한 의료법윤리적인 사례 연구와 감염성 질환, 정신건강, 여성 수용자 건강 문제 등에 있어 이를 개선하기 위한 노력과 연구가 축적되어, 나아가서는 국제 인권 규범에 준하는 법제도 정비가 이루어 져야만 할 것입니다.

이번 토론회를 통해 구금시설 건강권에 대한 새로운 차원의 논의가 열리면서, 향후 한국형 구금시설 건강권 보장 지침서가 마련되는 초석이 되는 자리가 되기를 바랍니다.

감사합니다.

2009년 11월

보건복지가족부 중앙배치기관 공중보건의사협의회 대표 **박 광 선**

구금시설 내 수용자 건강권 보장을 위한 토론회

시 간	내 용	소 개
16:30～16:35	**토론회 개회, 진행순서 소개**	**공중보건의사협의회**
16:35～17:00	**인사말** **축 사**	**유남영** (국가인권위원회 상임위원) **박광선** (공중보건의사협회) **경만호** (대한의사협회 회장)
	사 회	**김형완** (국가인권위원회 인권정책과장)
17:00～19:00	**주제발표 1** **번역출간의 의미와 제언**	**박광선** (제7대 보건복지가족부 중앙배치기관 공중보건의사협의회 대표/영등포교도소 의료과)
	주제발표 2 **수용자의 보건의료 실태와 개선방안**	**김소윤** (연세대학교 의료법윤리학연구과)
	지정토론	**이화영** (인권의학연구소) **주영수** (한림대 의대) **변혜진** (보건의료단체연합) **김완수** (국가인권위원회 침해조사과) **조은희** (질병관리본부 에이즈·결핵과)
	종합토론	**참석자 전체**

목 차

• **주제발표**

발표 1. 번역출간의 의미와 제언 ····· 3
박광선 (제7대 보건복지가족부 중앙배치기관 공중보건의사협의회 대표/ 영등포교도소 의료과)

발표 2. 수용자의 보건의료 실태와 개선방안 ····· 15
김소윤 (연세대학교 의료법윤리학과)

• **지정토론**

토론 1. 구금시설 건강권, 현재와 미래 ····· 37
이화영 (인권의학연구소 대표)

토론 2. 구금시설 보건・의료체계 개선방안 ····· 47
주영수 (한림대학교 의과대학)

토론 3. 구금시설 여성 수용자의 건강 ····· 53
변혜진 (건강권 실현을 위한 보건의료단체연합 기획국장)

토론 4. 개별 진정사례를 통해 본 구금시설 수용자 건강권 ····· 57
김완수 (국가인권위원회 침해조사과)

토론 5. 구금시설의 결핵관리 ····· 63
조은희 (질병관리본부 에이즈・결핵과)

주제발표

1

번역출간의 의미와 제언

박 광 선

(제7대 보건복지가족부 중앙배치기관 공중보건의사협의회 대표/ 영등포교도소 의료과)

Ⅰ. 들어가는 말

이 책은 WHO 유럽 지역사무소의 구금시설 건강프로젝트(Health in Prisons Project)[1]에서 펴낸 ***A WHO guide to the essentials in prison health***[2]를 번역한 것입니다.

저는 이 책을 작년 이맘 때 처음 접하게 되면서 깊은 인상을 받았습니다.

구금시설이라는 낯선 곳에서 일하게 되면서 처음 느낀 것은 수용자라는 환자 집단에 대한 이해가 일천한 데서 온 당혹스러움이었습니다. 단식 투쟁을 하는 환자를 두고, 진료 도중 난동을 부려 징벌이 가해져야 하는 환자를 두고서, 저는 어찌할 바를 몰랐습니다. 사회적으로 용서할 수 없는 몹쓸 일을 저질러 수용된 이들이 과도한 의료처우를 요구하며 소송 운운할 때면, 의사로서 깊은 인간적 고뇌에 빠지기도 하였습니다.

사회에서 소외되고, 낙인찍혀 충분한 의료 혜택을 받지 못하고 있는 이들을 보게 되면서는 안타까움이 더해졌습니다. 제대로 치료를 안 해준다며 매일 진료실에서 난동을 부리는 아토피 환자였던 한 소년수. "많이 힘들었지? 그동안 고생 많았겠구나."라는 말을 건네며 안아주었을 때, 눈물을 흘리며 그는 이내 안정을 찾았습니다. 이후 치료에 열심히 응하며 출소 후에도 편지를 보내오는 것을 보면서 저는 참 많은 것을 생각하게 되었습니다.

이러한 초보 구금시설 의사로서 겪게 된 어려움은 시간이 흐르면서 이내 무기력함으로 바뀌었습니다. 구금시설의 수용자 역시 결국엔 우리 사회의 한 구성원으로 다시 돌아올 것임에도, 이들의 건강에 대해서는 아무도 이야기하려하지 않았습니다. 우리 사회 전체의 건

1) http://www.euro.who.int/prisons

2) http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf

강 수준 향상에 어떠한 영향을 미치는 지에 대해서도 관심이 없었습니다. 이런 우리의 현실에 우울해 하며 어디 도움을 구하려 해도 답을 찾을 수가 없었습니다. 그래서 밖으로 눈을 돌리게 되었고, 먼저 고민하고, 먼저 머리를 맞대어 답을 찾아나가고자 한 노력을 발견하였습니다. 바로 이 책이었습니다.

놀라웠습니다. 비슷한 어려운 상황 속에서도, 오랜 시간동안 함께 지혜를 모아가는 모습에 존경을 표했습니다. 그리고 우리의 복잡한 문제들을 풀어나가는 데 있어서 이 책을 통해 일말의 실마리를 찾을 수 있다는 생각을 하게 되면서, 번역을 결심하게 된 것입니다.

Ⅱ. 번역의 배경

이 책의 한국어판 제목을 고민 끝에 <WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서> 로 명명하고, 부록으로 <공중보건의 한 부분으로써 구금시설 의료에 대한 WHO 모스크바 선언문>[3]을 더한 것은 이 책에서 얻고자 한 바를 집약해 주고 있습니다.

먼저 관례적으로 써오던 '교정시설' 대신 '구금시설'이라는 용어를 고집한 데는 나름의 이유가 있습니다. 이 곳에서 숱한 환자를 보면서 느끼는 점은, 우리 모두 이들이 여기까지 오게 된데 대한 책임에서 자유로울 수 없다는 것이었습니다. 더욱이 환자와 의사로 만나게 되는 접점에서, 이들을 잘못된 것들이 있어 바꾸어 나가야 하는 '교정'의 대상으로 보다는 여러 이유로 이곳에 몸의 자유가 제한되어 '구금'된 상태일 뿐이고, 환자로서 이들을 대하면서 인간으로서의 존엄성을 지켜주고, 사회 복귀 후 보다 빠른 적응을 기대하는 것이 옳다는 믿음에서였습니다. 나의 작은 '의술(醫術)'이 이들에게 '보살핌을 받고 있다'는 느낌으로 다가가서, 사회에 나와서는 함께 어울려 살아가는 데 조금이나마 도움이 되기를 바라는 마음이 간절했기 때문입니다.

그리고 '건강권 보장'이라는 용어를 한국어판 제목에 삽입한 이유도, 수용자의 인권에 대한 우리의 낮은 인식에 대해 울림을 주고자 했기 때문입니다. 인간으로서 존엄성을 유지하

3) http://www.euro.who.int/Document/HIPP/moscow_declaration_eng04.pdf

기 위해 지켜져야 할 가장 기본적인 권리 중 하나가 아플 때 치료받고, 보호받으며, 건강을 증진시켜 나갈 수 있도록 보장해 주는 '건강권'입니다. 하지만 '아픈 것 역시 또 다른 형벌'이라는 것과 '우리도 모자란 데 죄지은 사람들까지 신경 쓸 여유가 있느냐'는 대중의 인식이 아직까지도 우리 사회에 팽배해 있는 것이 사실입니다. 과거에 비해 구금시설 의료에 있어 기본적인 의료 처우는 일반 사회에 비해 못지않을 정도로 나아졌음에도, '건강권 보장'을 이야기해야만 하는 이유는 우리 사회의 전반적인 합의까지는 아직 이르지 못했다는 판단에서입니다.

부록의 '선언문'은 '공중보건'의 관점에서 구금시설 의료를 바라보고, 우리 사회 구성원 모두의 건강 증진을 위해서 구금시설 의료에 관심을 기울여야 함을 강조하고 있습니다. 이로써 저는 '건강권 보장'이라는 한 수용자 개인에 대한 인권 보호의 차원에서 '공중보건으로써 구금시설 의료'를 바라보는 사회적 합의 단계까지 나아가길 바라는 마음으로 이 책을 옮기며 구성하게 된 것입니다.

Ⅲ. 이 책의 주요 내용과 의미

저명한 의학자인 비르효(R. Virchow)는 "의학은 사회과학"이라고 선언했습니다.
이는 구금시설 의료의 의미를 살펴보는 데 있어서 중요한 관점이 되리라 봅니다.

구금시설 의료에서는 생물학적으로 몸과 마음만을 치료하는 데 초점을 맞추어서는 부족합니다. 극한 상황에서도 인간으로서 보호받아야 할 가치에 대해 고민하고, 이에 대한 사회적인 합의를 이끌어 내며, 이를 이루기 위해 법 제도적인 장치를 마련해 나가는 과정이 필요할 진대, 분명 기존의 생의학적인(biomedical) 패러다임만으로는 불가능한 것이기 때문입니다.

이 책은 그러한 의미에서 다학제적인 관점에서 구금시설 의료의 여러 주제에 대해 충실히 다루고 있습니다.

1. 구금시설 의료의 특징과 그 의미

첫 번째로 강조하고 있는 것이 구금시설 의료의 특징을 밝히며, 구금시설 종사자뿐만 아

니라 일반인들의 인식을 전환하고자 한 부분입니다.

수용자가 구금되어 있다고 해서 적절한 보건의료서비스를 받을 권리가 감소되는 것은 아니며, 오히려 정반대로 국가가 개인의 자유를 박탈하면, 국가는 그를 구금하는 조건으로써 필요시 치료를 해 주는 차원에서 그의 건강을 책임질 의무를 갖는다[4]고 지적한 부분에 주목해야 하는 것입니다.

이는 마땅히 보호되어야 할 구금시설 수용자들의 건강권에 대한 우리들의 부정적 인식을 재고할 수 있는 부분이라 하겠습니다.

- 수용자는 다른 모든 이들과 동등한 건강권을 갖고 있다.
- 의료진은 수용자를 수용자가 아닌 환자로 다루어야 한다.
- 구금시설 내의 보건의료정책은 국가보건의료정책에 포함되어야 하며, 보건 당국은 구금시설 내의 보건의료서비스와 긴밀하게 연관되어야 한다.

또한 구금시설이라는 환경이 건강에 미치는 악영향에 대한 그간의 평가와 더불어 구금시설이 의료 접근이 어려운 소외 집단에게 의료서비스 이용의 접근성을 높여주고, 건강 증진 프로그램을 계획적으로 시행할 수 있는 데 있어 오히려 새로운 기회가 될 수 있음[5]을 강조한 것에 주목할 필요가 있습니다. 이렇게 인식을 전환함으로써 구금시설 의료가 형평성을 증진시키고, 사회복귀를 앞둔 이들의 건강 수준을 향상시킴으로써, 지역사회 건강 수준 향상에도 기여할 수 있기 때문입니다.

그리고 이 책에서 무엇보다 일차 진료의 중요성을 강조하면서, 구금시설의 환자와 의료진의 권리와 책임을 제시하고, 입소 시, 수감 기간 중 그리고 퇴소 시 각각 어떠한 단계로 평가하고 접근해야 하는 지에 대해 권고[6]하고 있는 내용은 현장에서도 아주 유용하게 활용될 수 있으리라 봅니다.

---

4) <WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서> p.7.
5) <WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서> p.16.
6) <WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서> p.24.

2. 구금시설에서 일어나는 다양한 상황에 대한 윤리적 지침

두 번째로 이 책에서는 구금시설이라는 특수한 환경에서 일어날 수 있는 문제들에 대한 윤리적인 준거틀을 제시하고 있는 특징이 있습니다.

혈액 검사 등 진단 및 치료를 거부하는 자나 단식 투쟁을 하는 수용자들에 대해 어떻게 접근해야 해야 하는지, 고문, 가혹행위 등을 당한 수용자를 의사로서 어떻게 보호해야 하는지에 대한 지침[7]은 구금시설 의사로서 갖추어야할 윤리적 책무에 대한 중요한 사항이라 할 수 있겠습니다.

단식 투쟁을 하는 수용자에 대해 의사는 수용자가 대부분의 경우 죽고 싶어 하는 것이 아니라 더 나은 삶을 살고 싶어 한다는 것을 유념해야 한다[8]고 지적하는 부분은 우리를 숙연하게까지 합니다. 나아가 단식 투쟁이 확고한 신념의 논리적 표현이고 자살을 고려하는 심한 우울증 환자의 병적 반응이 아니라면, 구금시설 의사는 환자의 의지를 존중해야 하며 자신의 역할을 의학적 상담자의 위치로 제한해야 한다[9]는 권고는 이 책이 주는 중요한 교훈입니다.

- 구금시설 내에서 환자의 동의 하에 행해진 의료 검사 테스트 결과는 의료 윤리에 의거하여, 지역사회와 동등하게 비밀로 유지한다.
- 의료진은 어떤 상황에도 의사-환자 관계를 악화시킬 수 있는 수용자 관련 제재 조치나 의사결정과정에 관여하지 않는다.
- 구금시설 보건의료서비스는 시설 내외의 가혹행위에 대한 항변에서 잠정적으로 중요한 역할을 할 수 있다. 신입 수용자에게 시행되는 신체적, 정신적 검진은 이러한 측면에서 매우 중요하다.

7) <WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서> p.37.
8) <WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서> p.38.
9) <WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서> p.40.

3. 구금시설에서 흔한 질환에 대한 관리와 대처

1) 감염성 질환

세 번째로 이 책에서는 일반 사회에 비해 구금시설에서 유병률이 높은 감염성 질환 및 정신 질환을 관리하는 방법에 대해 풍부한 사례와 함께 지침을 제시하고 있습니다.

특히 이 책에서 권고하고 있는 결핵, HIV 감염, 간염, 성병에 대한 구금시설에서의 치료 가이드라인은 구금시설에서 높은 유병률을 보이는 질환에 보다 주의를 기울여야 할 의료진들에게 큰 도움을 줄 것입니다.

유럽의 여러 연구에서 일관되게 보고된 바와 같이, 전염성 질환과 정신 질환의 경우 일반 사회와 비교해서 유병률이 높습니다. 하지만 우리의 경우 제대로 된 통계조차 마련되지 못한 것이 현실입니다. 그런 의미에서 많은 장에 걸쳐 전염성 질환 - 결핵, 간염, 약물남용, 대체치료에 대해 기술하고 있는 이 책은, 유럽의 특수한 상황을 고려하더라도 우리에게 시사하는 바가 크다고 할 수 있습니다.

또한 결핵 관리를 위해 과밀 수용과 열악한 위생 환경의 개선이 함께 이루어져야 하고, 치료의 연속성을 위해 사회 의료기관과 유기적인 관계를 맺고 출소 후 치료프로그램을 운영하는 것이 중요하다[10]는 지적에 우리는 귀를 기울여야합니다.

최근 질병관리본부와 법무부가 공동으로 결핵관리지침을 만들어 효과적인 결핵관리 프로그램을 운영하고자 하는 시도[11]는 바람직한 모습이라 하겠습니다.

그리고 HIV 감염/에이즈에 대한 관리에 있어서 '오명과 차별'이 가져오는 부정적인 영향에 대해 충분히 이해하는 것은 의료진은 포함한 교정시설 직원 모두에게 중요한 사안입니다.

마지막으로 많은 마약중독자가 수용되어 있음에도, 뚜렷한 중장기적인 치료 계획이 없는 우리의 실정에서, 이 책에서 소개하고 있는 대체치료 프로그램은 그 실행가능성을 검토해 볼만한 좋은 사례라 할 수 있겠습니다. 또한 이에 대한 구금시설 의사의 교육과 더불어 이

10) <WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서> p.38.
11) 질병관리본부, 법무부 [2010 교정시설 결핵관리지침(안)].

루어져야만 하겠습니다.

2) 정신 질환

한 연구에 따르면 전체 수용자들의 89%에서 우울감과 관련된 증상이 있었고, 74%에서 스트레스와 관련된 신체적 증상이 있을 정도로[12], 구금 상황은 수용자의 정신 건강 문제와 확실한 관련이 있습니다.

정신 건강은 긍정적인 안녕감(sense of wellbeing)으로 고통과 실망, 슬픔을 견디어 낼 수 있도록 하며 개인적 성취를 위한 감성적, 정신적 회복력의 원천이기에[13], 출소 후 빠른 사회 적응과 복귀, 재범 방지 등을 위해서라도 구금시설 정신 건강 관리는 중요하다 하겠습니다.

다음은 구금시설에서 정신 건강을 유지하기 위한 수용자들의 요구 사항[14]입니다.

- 자아 발전과 자기 개선을 이룰 수 있도록 실질적이고 믿을만한 도움을 제공할 수 있는 인적/물적 자원 및 기반 시설
- 사랑, 감사 및 보호받고 있다는 느낌
- 적절한 활동과 소일거리

위에서 보다 시피 정신 건강 관리를 위한 가장 우선이 되어야 할 것은 과밀 수용, 부족한 운동 시간 과 여가활동 등으로 인한 스트레스를 최소화하도록 'UN 최저 기준 규칙'에서 권고하는 환경을 만들어나가는 것입니다.

수용자의 정서회복과 정신 건강 증진을 위해 이 책에서 제시하고 있는 다양한 사례는 우리의 현실에 적절하게 실험적으로 적용시켜 봄직한 것들입니다.

---

12) Blaauw E, Kerkhof A, Vermunt R (1998). Psychopathology in police custody. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(1):73 – 87.

13) WHO Regional Office for Europe (1999). Mental health promotion in prisons: a consensus statement.

14) Toch H (1977). *Living in prison: the ecology of survival. New York: Free Press.*

4. 새롭게 조명되는 구금시설 의료 부문 - 구강 보건, 여성 건강, 직원 건강 관리

이 책은 구금시설 의료에서도 크게 주목 받지 못했던 부분인 구강보건, 여성건강, 교정시설 직원들의 건강에 대하 기술하며 관심을 기울이길 촉구하고 있습니다.

1) 구강 보건

그 첫째가 구강 보건입니다. 술, 담배, 약물의 오남용과 치아건강에 대한 부족한 지식 때문에 많은 수용자가 시급한 치료를 요하는 열악한 구강 상태로 구금시설에 들어옵니다. 치과 진료 역시 전신 건강은 물론 자존감과 불가분의 관계에 있기에[15] 수용자를 위한 종합적 보건 체제의 필수 불가결한 부분으로 인식해야겠습니다.

2) 여성 수용자 건강

우리는 그동안 구금시설 의료 자체에 대한 관심이 적은 상황에서, 여성 수용자의 건강에 대해 각별한 주의와 관심을 기울이지 못한 것 역시 사실입니다.

영국의 자료에 따르면, 구금시설 내 자살률(모든 연령)은 10만 명의 성인 남성 중 117명, 10만 명당 성인여성 중 316명으로, 일반 사회의 여성 자살률인 10만 명당 성인 중 6명인 것에 비해 굉장히 높습니다.[16]

그리고 구금시설 내에서 남성에 비해 14배 이상의 자해율을 보이고, 상당수가 학대를 경험했으며 이것이 자해 또는 자살시도와 관련이 있다고 밝혀져 있습니다. 또한 여성의 상당수는 체포 당시 약물 주사 사용과 함께 복합적으로 여러 약물을 복용한 경력이 있고, 구금시설에 들어오는 여성의 최소 75%가 체포될 당시 약물 관련 문제를 지니고 있다는 보고[17]

15) <WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서> p.155.

16) Safer Custody Group, HM Prison Service (2003). *Reported self-harm in HM Prison Service in 2003. Unpublished.*

17) Fowler V (2001). *Drug services for youth and women in prison in Europe: the impact of the Marseilles Recommendations. London.*

는 남성 수용자와는 다른 차원의 관심과 접근법이 필요하다는 것을 알 수 있게 합니다.

우리는 이러한 외국의 사례에 비추어 보아, 기초적인 자료 수집부터 시작하여 구금시설 여성 건강권에 대한 관심을 가져야 하겠습니다. 자살/자해, 약물, 임신, 자녀 양육, 가정 내 폭력 등에 대해 민간 기관뿐만 아니라 정부와의 협조를 통한 포괄적인 접근이 필요한 것입니다.

많은 여성 수용자들이 구속 전 함께 살고 있던 아이가 있었고, 구금시설 내에서도 여성은 보호자로서의 역할을 계속하려고 노력하지만, 아이들과 자유롭게 같이 지내지 못하는 것에 대한 좌절감과 걱정은 큰 고민이 되고 때때로 절망적인 마음을 갖게 하여 엄마로서 경험하는 고통은 자해의 위험성을 증가시키는 또 다른 요인이라는 지적[18]에 우리는 주목해야 합니다.

그런 의미에서 최근의 우리나라 구금시설 건강권에 대한 관심이 조금씩 일고 있는 것은 고무적인 현상입니다.

3) 구금시설 직원들의 건강 관리

이 책을 통해 과연 유럽이 인권 의식에 있어서 선진국이라는 생각을 하게 된 것은 이 장을 접하게 되면서입니다. 구금시설의 직원 역시 수용자와 마찬가지로 건강 증진이 필요한 한 대상으로 보며, 다양한 프로그램을 개발하고, 특히 정신 건강 관리에 힘을 쓰고 있는 모습을 보면서는 큰 자극이 됩니다. 최근 극한 직업으로까지 소개된 교도관(구금시설의 의사도 포함)이 겪는 외상 후 스트레스 증후군에 대한 여러 연구[19]가 이루어졌듯이, 구금시설 건강 증진이 '구금시설'이 건강에 미치는 악영향은 그 안의 모든 구성원에게 기본적으로 작용한다는 것을 전제로, 직원들의 건강 역시 관리의 한 대상으로 삼았다는 것에 우리는 주목해야만 합니다.

18) <WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서> p.165.

19) Brett E. Garland and William P. McCarty(2009), Job Satisfaction Behind Walls and Fences: A Study of Prison Health Care Staff, Criminal Justice Policy Review, vol. 20: pp. 188 - 208.

Ⅳ. 무엇을 할 것인가

이제는 다시 구금시설의 의(醫)를 논(論)하자

2002년 국가인권위원회에서 시작된 구금시설 건강권 보장 노력[20][21]은 과거의 상황에 비해 획기적인 변화를 가져왔습니다. 하지만 그 이후, 이제 구금시설 건강권에 대한 본격적인 연구가 이뤄지지 못했으며, 법제도적인 정비가 체계적으로 이루어지는 데 이르지는 못했습니다.

그리고 이제 2009년. 유럽의 구금시설 건강프로젝트에 비해서는 15년 여 늦었지만, 현장의 의료인, 인권시민단체, 관련 정부 부처가 머리를 맞대어 '공중보건'의 차원에서 이제는 다시 구금시설의 의(醫)를 논(論)해야 할 시점입니다.

그런 의미에서, 현재 법무부 교정본부에서 의욕적으로 추진하고 있는 '300병상 급 교정병원 설립', '원격 진료 활성화'와 간호사의 응급의료행위를 허용하려는 '형집행법 개정안' 추진 등에 대해 충분히 검토하여[22], 중장기적인 발전 계획 수립에 모두가 동참해 나가야겠습니다.

또한 국가 보건의료체계와의 연계 방안 마련, 감염성 질환/ 정신 질환/ 여성 건강 관리 등과 같이 주제별로 세부 연구가 활성화되어야 하겠습니다. 이는 외부 전문가와 더불어 현장의 의료진들이 좀 더 분발해야만 가능할 것이며, 민간 차원에서도 많은 교류와 협력이 이어져야 할 것입니다.

한국형 구금시설 의료 지침서 발간을 꿈꾸며

이 책이 가지는 수많은 장점에도 불구하고, 유럽의 특수한 상황에 따라 기술된 면이 없지 않습니다. 따라서 우리의 현실에 기반한 기초적인 자료 조사가 이루어져서, 가장 시급한 문제들에 대한 우선순위를 합의하고, 이에 대한 연구와 개선책 마련이 필요합니다.

---

20) 국가인권위원회, [구금시설의 의료실태조사 및 의료권 보장을 위한 연구], 2002.
21) 국가인권위원회, [구금시설 수용자 건강권 보장방안 마련을 위한 청문회], 2003.
22) 교정시설 간호사 응급의료행위는 '수용자 건강권 침해, 의협신문'
http://www.kmatimes.com/news/articleView.html?idxno=55264.

그 노력의 결실은 한국형 구금시설 의료지침서 발간으로 이어질 것임을 믿으며, 이렇게 어려움과 낙담케 만드는 많은 것이 있음에도 지금도 묵묵히 의료 현장을 지키고 있는 헌신하는 의사, 직원이 번역서 한 권이 조그마한 도움이 되기를 바라며 글을 마칩니다.

감사합니다.

2

수용자의 보건의료 실태와 개선방안

김 소 윤 (연세대학교 의료법윤리학과)

Ⅰ. 필요성

교정기관 내 수용자의 건강관리와 질병치료가 점차적으로 개선되어 가고 있으나 시설 및 설비・전문 인력의 확보 등 아직도 열악한 부분이 남아있다. 수용자들은 수용되기 이전에 이미 정신건강, 열악한 영양, 약물 남용, 사회경제적 낮은 지위 등의 어려움을 갖고 있을 가능성이 크다.

또한 수용자는 제한된 공간과 집단생활에서 오는 심리적 압박과 긴장, 불안 등의 요소로 인하여 정신적・신체적 질병이 발생할 위험성이 일반인보다 훨씬 높다고 할 수 있다. 이러한 수용자들은 그들의 건강에 관한 문제가 일정한 수준으로 관리되지 않는다면 진정한 의미의 행형 및 교정의 목적자체를 달성하기가 힘들 것이다.

수용자는 단지 일정기간 동안 교정기관에 격리되어 있을 뿐 수감기간 이후 사회로 복귀하는 점을 고려한다면 수용자의 건강증진은 사회의 구성원에 대한 기본적인 처우로 반드시 필요한 사항이다.

Ⅱ. 교정기관 수용자의 건강권

1. 수용자의 지위

1) 수용자의 지위와 관련한 국제법규

수용자의 지위와 관련한 국제법규는 비록 국제법상 강행법규의 성질을 갖고 있지는 않지만 국제연합 등 권위 있는 국제기구가 제정한 것으로서 각국에서 사실상 존중하고 있어

그 규범력이 높을 뿐 아니라 향후 지향해야 할 교정행정의 방향을 제시하는 것으로서 매우 중요한 참고 기준이라 할 것이다.

1955년 8월 30일 제1회 국제연합 범죄방지 및 범죄자 처우회의에서 채택된 “피구금자 처우에 관한 최저기준 규칙”, 1987년 2월 12일 각료위원회 제404회의에서 채택된 “유럽형 사시설규칙”, 1988년 12월 9일 국제연합에서 채택된 “모든 형태의 억류, 구금 하에 있는 사람들을 보호하기 위한 원칙”에서는 수용자의 지위와 관련하여 수용자는 교도행정의 객체가 아니라 기본권 향유의 주체이고 구금 및 구금의 목적으로부터 직접적으로 파생되지 않는 기본권은 보장되어야 한다는 점을 명확히 하여 법치주의적 관점을 기본으로 하고 있음을 보여주고 있다.[1)]

결국, 국제인권법적 시각에서 보면 국민의 헌법상의 기본권은 수용자에게도 일반적으로 보장되어야 하는 것이고, 다만 구금의 목적에 따라 일부의 기본권이 필요최소한의 제한원칙(헌법 제37조)과 법률의 적정절차의 원칙(헌법 제12조)에 따라 제한되는 것이다.[2)]

2) 수용자에 대한 국가의 기본권 보장의무

수용자의 지위와 관련한 국제법규의 관점, 법치주의적 관점은 수용자를 단순한 객체가 아니라 일반 시민과 같은 자유와 권리의 주체로서 인정할 것을 요청한다. 우리 헌법의 사회국가원리[3)]에 의해서 현대사회에서는 자유를 박탈당한 수용자에 대하여 수용자의 기본권을 옹호 발전시켜주어야 할 국가의 기본권 보장의무가 있다고 인정될 수 있겠다.[4)]

---

1) 김정범 외, 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구, p.153, 국가인권위원회, 2003.
2) 박찬운, 국제인권원칙으로 본 한국행형제도의 문제점과 개선방향, 국제인권원칙과 한국의 행형, 역사비평사, p.20, 1993.
3) 우리 헌법은 사회국가원리를 보장하기 위하여 사회적 기본권을 광범위하게 보장하고 있는데 이중에서도 인간다운 생활을 할 권리는 가장 기본적인 권리라고 할 수 있으며 국민의 건강권은 인간다운 생활을 할 권리의 기본을 형성한다고 할 수 있다.
4) 김정범 외, 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구, p.164, 국가인권위원회, 2003.

2. 수용자 의료와 관련된 국제기준

1) 세계인권선언 및 국제인권규칙의 이념

세계인권선언(Universal Declaration of Human Rights)은 제3조에서 '모든 사람은 생명권과 신체의 자유와 안전을 누릴 권리가 있다'고 규정하고 있으며 나아가 제25조에서도 '모든 사람은 식량, 의복, 주택, 의료, 필수적인 사회역무를 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리를 가지며, 실업, 질병, 불구, 노령, 그 밖의 자신이 통제할 수 없는 상황에서의 다른 생계 결핍의 경우 사회보장을 누릴 권리를 갖는다.'고 규정하고 있다.

생명과 신체의 자유와 안전을 누릴 권리의 근저에는 건강권이 있기 때문에 수용자를 포함한 모든 이들에게 국제적으로 건강권이 인정되어야 함은 당연하다는 것을 알 수 있다. 국제법상 '모든 인간'은 건강한 삶을 살 수 있는 권리를 가지며 수용자도 기본권의 주체로 인정되고 있으므로, 건강한 삶을 살 수 있는 권리를 가지는 것이다.[5)]

2) 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제조약

시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약 제6조 제1항에서 '모든 인간은 고유한 생명권을 가진다. 이 권리는 법률에 의하여 보호된다. 어느 누구도 자의적으로 자신의 생명을 박탈당하지 아니 한다'고 규정함으로써, 모든 인간의 생명권과 신체의 자유 및 안전을 누릴 권리를 인정하고 있는데, 생명권과 신체의 자유 및 안전을 누릴 권리에는 건강한 삶을 살 수 있는 권리가 당연 포함된다.[6)]

3) 피구금자 처우에 관한 최저기준규칙상 수용자의 건강권

국제연합의 피구금자 처우에 관한 최저기준규칙은 수용자의 건강권에 대하여 매우 자세히 규정하고 있어 수용자의 건강권 범위를 확정하는데 매우 유용하다. 또한 이 규칙은 세계 각국의 행형제도에 상당한 영향을 미치고 있으며 조약은 아니지만 국제관습법으로

5) 김정범 외, 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구, p.170, 국가인권위원회, 2003.
6) 김정범 외, 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구, p.170, 국가인권위원회, 2003.

서 혹은 국제인권법의 법원으로서의 지위를 인정해야 한다는 것이 일반적인 인식이다.[7)]

최저기준규칙은 제22조부터 제26조까지 의료서비스에 대해 규정하고 있는데, 그 중요한 내용은 국가의 교정시설 1차 의료 제공 의무와 사회의 의료체계와의 유기적 연관 의무, 정신과・치과・산부인과 진료 및 치료 의무, 건강검진의 의무, 의사의 환자 진료 범위에 대하여 규정하고 있는 것이다.

4) 모든 형태의 억류, 구금 하에 있는 사람들을 보호하기 위한 원칙

국제연합의 모든 형태의 억류, 구금 하에 있는 사람들을 보호하기 위한 원칙은 억류되거나 구금된 사람들의 보호에 대해 국제연합에 가입한 모든 나라에 적용되는 국제적 준칙에 대한 일반 협약이다.

수용자의 건강권과 관련하여 보호원칙24는 '억류 또는 구금된 자에 대하여는 억류 또는 구금시설에 수용된 후 가능한 한 빨리 적절한 의학적 검사가 제공되어야 하고 그 후 필요한 경우에는 언제라도 의학적 치료 및 진료가 제공되도록 해야 한다. 이 치료와 진료는 무료로 제공되어야 한다'라고 규정하여 수용자의 진료접근권에 대한 기본원칙을 명시한다.

또한 원칙25는 '억류 또는 구금된 자 또는 그 대리인은 제3자에 의한 2차적 의학적 검사 또는 의견을 사법기관 등에 요구하거나 신청할 권리를 갖도록 해야 한다'라고 규정하여 환자의 진료선택권을 명시한다. 원칙26은 '억류 또는 구금된 자가 의학상의 검사를 받은 사실, 의사의 성명 및 검사결과는 정확히 기재되어야 하고 이들 기록에의 접근은 보장되도록 해야 한다'고 규정하여 환자의 알권리를 명시하고 있다.[8)]

이렇게 모든 형태의 억류・구금하에 있는 사람들을 보호하기 위한 원칙에 의하면 수용자에게는 '필요한 경우에는 언제라도' 의학적 치료 및 진료가 제공되도록 해야 하며 이 치료와 진료는 '무료로' 제공되어야 한다고 규정하고 있다. 이와 관련하여 '필요한 경우에는 언제라도'의 기준은 교정시설 의무관의 의료적 판단을 기준으로 할 것인지, 수용자의 의료 요구를 기준으로 할 것인지에 대한 지침을 마련해야 하며, 국가가 무료로 제공할 수 있는 의료처우의 범위는 어디까지인지에 대한 기준을 확고히 하여 자비부담 진료와 국비부담 진료의 경계를 명확히 설정할 필요성이 제기된다.

---

7) 박찬운, 김선수 외, 국제인권원칙과 한국의 행형, p.14, 역사비평사, 1993.
8) 김정범 외, 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구, p.176, 국가인권위원회, 2003.

5) 수용자 의료처우에 대한 국제적 흐름

이렇게 수용자 의료와 관련된 국제기준들을 살펴보면 수용자는 신체적 자유의 제한으로 인하여 의료처우에 대한 접근성이 취약할 수 있는 소지가 많으므로, 국가는 자격을 갖춘 전문 의료진에 의해 치료를 받을 수 있는 권리를 보장하여야 한다고 한다.

또한 유럽평의회의 각료위원회가 채택한 권고안에서는 사회일반에서 제공하고 있는 의료서비스와 교정시설 내에서 제공되는 의료서비스가 의료의 접근성, 형평성, 질적 수준, 연속성 등의 측면에서 차별이 없어야 함을 강조하고 있다.[9)]

수용자의 특성을 반영하여 일반인과는 다른 건강상의 문제(ex, 정신과적 질환, 약물남용, 감염성 질환 등)에 대한 적절한 의료처우를 보장하여야 한다는 내용을 포함하고 있다.

3. 수용자 의료와 관련된 국내법

1) 헌법

건강은 생존과 행복의 전제이며 인간다운 생활에 필수적인 요소이므로, 사람의 신체와 생명은 인간의 존엄과 가치의 근본이다[10)] 또한 헌법 제10조는 '모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다'고 규정하고 있으므로 모든 사람은 신체와 생명을 누구로부터 침해받지 아니하고 건강하게 살 권리가 있다.

국민의 건강에 대한 권리는 위 헌법 제10조 이외에도 신체의 자유를 규정한 제12조 제1항, 그리고 헌법에 열거되지 아니한 자유와 권리도 경시되지 아니한다는 제37조 제1항의 통합적 해석에 의하여도 헌법상 보장된다. 생명과 신체에 대한 권리는 그 기본적인 조건으로서 건강에 대한 권리를 전제로 하고 있기 때문이다. 그리고 헌법은 제36조 제3항에서 '모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다'고 규정함으로써, 모든 국민에게 자신과 가족의 건강을 유지하는데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리를 인정하고 있으므로, 위 규정에 의해서도 국민의 건강권은 보장된다.[11)]

---

9) 김종명, 외국의 교정시설 의료실태, 교정시설 수용자 의료권 보장을 위한 심포지엄, 2002.
10) 헌법재판소 1996.10.31. 선고 94헌가7.
11) 김정범 외, 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구, p.169, 국가인권위원회, 2003.

그리고 수용자들도 국민의 일부분을 이루고 있으며, 다만 일정한 형벌로 인하여 일정한 기본권이 제한될 뿐 건강권을 포함한 기본권은 보장되어야 하기 때문에 헌법의 규정으로부터 당연히 수용자의 건강권도 인정된다고 하겠다.[12)]

2) 형사소송법

형사소송법 제34조에서는 '변호인 또는 변호인이 되려는 자는 신체구속을 당한 피고인 또는 피의자와 접견하고 서류 또는 물건을 접수할 수 있으며 의사로 하여금 진료케 할 수 있다'고 하여, 소송이 진행 중인 미결수용자의 보건의료에 관한 권리를 변호인 접견권의 일부로서 규정하고 있다.[13)]

미결 수용자의 경우 형벌이 확정되어 형의 집행을 받는 기결수와는 달리 헌법상 무죄추정을 받으며 수사와 재판의 편의를 위하여 증거인멸 또는 도주의 우려 때문에 신체의 자유를 제한 받는 자[14)]이므로 이러한 의미에서 미결수용자의 경우에는 기결수용자와는 달리 의료처우를 제공하여야 할 것이다.

즉, 미결수용자의 경우 교정시설에 비교적 단기간 구금될 수도 있다는 점으로 고려하여 기결수용자 의료처우와 같은 중장기적인 질병치료계획을 적용하기 어렵다. 따라서, 미결수용자가 특정의 질환을 갖고 있는 경우에는 일반 사회에서 받던 의료의 연속성을 유지하는 측면에서 의료처우가 이루어져야 한다.

미국의 경우에는 미결 수용자 및 구금, 징역 1년 미만의 기결 수용자(Jail)와 1년 이상의 기결 수용자(Prison)에 대한 건강검진 및 의료처우를 구별하여 시행하고 있으며, 국제연합의 피구금자 처우에 관한 최저규칙도 미결수용자에 대한 특칙[15)]을 두고 있음을 참고할 수 있겠다.

3) 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 및 시행령

형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률은 구 행형법이 2007년 12월 21일 법률 제8728

12) 김정범 외, 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구, p.169, 국가인권위원회, 2003.
13) 우윤근, 교정시설에 대한 진료체계의 문제점 및 개선방안, p.35, 국회법제사법위원회, 2004.
14) 형사소송법 제70조, 제201조 참조.
15) 미결수용자에 대한 특칙으로 중요한 부분은 수형자와의 분리(제85조), 개별침실(제86조), 자기비용으로 외부의 음식을 먹을 권리(제87조), 자신의 의사 또는 치과의사의 방문과 치료를 받을 권리(제91조) 등이 있다.

호로 전부 개정되어 2008년 12월 22일부터 시행되는 새로운 행형법으로서 본 법 제4장 위생과 의료에서 제30조부터 제40조까지 수용자의 건강관리에 관한 규정을 나열하고 있다. 구행형법과 비교하여 눈에 띄게 달라진 점은 없으나 진료환경 등에 관하여 새로이 규정한 것과 수용자의 의사에 반하는 의료조치를 규정한 것이 새로운 법의 특징이다.[16]

4) 그 밖의 관련 지침

헌법, 형사소송법, 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 및 시행령 외에도 수용자 의료처우와 관련된 규칙 및 지침으로서 교도관직무규칙, 수용자의료관리지침, 공중보건의사 사제도운영지침, 국민건강보험법의 수용자에 대한 급여정지 및 예탁금 규정 등이 있다.[17]

Ⅲ. 교정기관의 의료이용실태

1. 수용자 의료의 특성

1) 수용자 현황

2008년 10월 법무부 의료처우팀에서 작성한 기관별 보건의료과 진료 및 인력 현황에 제시되어 있는 각 기관별 수용인원은 살펴보면, 서울지방 교정청 17,684명, 대구지방 교정청 12,591명, 대전지방 교정청 7,304명, 광주지방 교정청 7,354명으로 총 47,004명이 수용되어 있다. 그 중 2,000명 이상이 수용되어 있는 곳은 서울지방 교정청의 서울구치소, 수원구치소, 안양교도소와 대구지방교정청의 부산구치소와 대구교도소, 대전지방교정청의 대전교도소이다. 수용자 현황은 경우 각 조사 기간에 따라 47,004명 내지 47,472명 또는 47,742명까지 다소의 차이를 보이나 대체적으로 현재 교정시설의 일평균 수용인원은 47,000여명으로 추정된다.

16) 연성진 외, 수용자 보건・의료의 실태와 개선방안에 관한 연구 p.19, 한국형사정책연구원, 2008.
17) 수용자 의료와 관련된 법령 및 지침은 후에 부록으로 하겠다.

〈표 1〉 교정기관 1일 평균 수용인원

(단위: 명)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
계	61,084	58,945	57,184	52,403	46,721	46,313	46,684
기결	38,173	37,692	36,546	35,110	31,905	31,086	32,316
미결	22,911	21,253	20,638	17,293	14,816	15,227	14,368

자료출처: 통계청(2009), 법무연감(2008).

2) 수용자 의료의 특성

교정기관에서의 의료관리는 일반적인 의료 체계에서 요구되지 않는 독특한 임상적, 관리적, 사회적 기술이 필요하다고 볼 수 있다. 수용자는 보통의 사람과 같은 일반적인 의료적 욕구를 갖고 있을 뿐 아니라, 교정기관에 수용되어 있는 특성(격리된 공간, 제한된 활동, 정서적 불안 등)에 따라 보통의 사람들이 갖고 있지 않은 의료적 욕구를 가질 수 있다. 수용자는 격리되고, 제한된 공간에서의 생활로 보통의 사람들에 비해 질병의 이환 위험이 높고, 감염성 질환의 발생률 또한 높다.

이에 WHO에서는 유럽을 중심으로 교정의료와 관련한 기준과 원칙을 제시하는 지침을 발간하여 교정의료에 대한 특수성과 중요성을 알리고 있다. 특히, 국가는 의료에 대한 접근성이 취약할 수 있는 수용자에 대해 자격을 갖춘 전문 의료진에 의해 치료를 받을 수 있는 권리를 보장하여야 한다고 규정하고 있다.

3) 수용자 의료 욕구

수용자는 각자에게 주어진 형량을 마치고 사회로 복귀하는 구성원으로 수용되어 있는 기간 동안의 건강관리는 국민보건의료 차원에서 적절한 보호를 받을 수 있도록 지원해야 한다. 최근 사회·경제적인 여건 향상으로 국민의 건강에 대한 관심 급증은 지속적인 의료비 지출과 의료기관 방문 증가로 나타나고 있는데, 교정기관의 수용자 또한 마찬가지로 의료욕구가 증가하고 있음을 알 수 있다.[18]

이러한 추세에 맞추어 법무부에서는 수용자를 위한 보다 나은 수용환경을 조성하기 위

18) 강석욱 외, 유헬스(u-Health)의 경제적 효과와 성장전략, 삼성경제연구소, 2007.

해 수용자 1인당 연간의료비를 188,000원에서 210,000원으로 인상하였고, 외부병원 진료 수요를 해결하고, 양질의 의료서비스를 제공하기 위해 2005년 10월부터 점차적으로 원격화상진료시스템을 도입하여 실시하고 있고 있다.[19]

또한 수용자의 외부병원 진료 현황을 살펴보면, 연도별 지속적으로 그 수요가 증가하고 있음을 확인할 수 있다. 교정기관 내에서의 진료는 주로 처방(투약) 위주로 진행되고 있어 보다 전문적인 치료는 초빙진료나 외부진료에 의존하고 있다고 볼 수 있다.

교정기관의 주요 질환별 의료이용 현황을 살펴보면, 내과질환(고혈압, 당뇨 등)의 이용비율이 가장 높았고, 정신질환 관련 의료이용 비율이 다음으로 높았다. 고혈압과 당뇨와 같은 만성질환이나 수용기간 중 발병할 가능성이 상대적으로 높은 신경정신과적 질환에 대해서는 별도의 관리프로그램(질환관리교육)을 운영하고 있다.

2. 교정기관 의료지원 일반현황

법무부에서는 부족한 의료인력 공백을 해소하기 위해 공중보건의사 76명을 배치하여 활용하고, 교정공무원 중 2급 응급구조사 83명, 간호조무사 양성하여 응급구조 체계를 구축하고자 하고 있다. 또한 정신질환자의 효율적인 관리를 위해 교정기관 간호사를 대상으로 매년 17명씩 정신보건간호사로 양성하고자 한다는 계획을 발표하고, 시행하고 있다.[20]

〈표 2〉 진료과목별 수용자 이용현황

(단위: 명)

구 분	계	의사	약사	간호사	의 료 기 사		공중보건의사	간호조무사	응급구조사	
					방사선사	병리사			1급	2급
정 원	184	96	3	71	11	3	-	-	-	-
	100%	52.2%	1.6%	38.6%	6.0%	1.6%				
현 원	173	85	3	71	11	3	72	474	35	83
	94.0%	46.2%	1.6%	38.6%	6.0%	1.6%				
결 원	11	11	-	-	-	-	-	-	-	-

자료출처: 법무부(2007)

19) 법무연감, 2006.
20) 법무연감, 2006.

의료설비 현황을 살펴보면, 의료장비의 경우 X-ray를 비롯한 총 16종 637대를 보유하고 있는 것으로 나타나 있다.[21] 하지만 실제 장비의 활용여부와 노후정도를 파악할 수 없는 한계점이 있다.

법무부에서는 만성질환 수용자에 대한 집중·안정적 치료를 위해 청송교도소(2006), 대전교도소(2007)를 의료중심교도소로 지정하여 운영하고 있다. 또한, 안양교도소(2006), 대전교도소(2008)에는 혈액투석실을 설치하여 운영하여 외부병원 이용 빈도가 높은 신장질환 수용자에 대한 의료지원을 강화하여 운영하고 있다.

질병의 조기 발견 및 치료를 위해 2005년부터는 정기적으로 건강검진을 실시하고 있고, 2008년부터는 수용자가 요청하거나 필요한 경우 수시로 검진을 받을 수 있도록 법령으로 정하고 있다.[22]

Ⅳ. 교정기관 의료의 문제점

1. 수용자 질병관리체계 보완 필요

1) 질병별 관리체계 보완 필요

법무부는 수용자 질병의 효율적인 관리를 위하여 질환별로 수용기관을 구분하는 전략을 구축하여 운영 중이다. 정신질환자는 진주와 공주교도소에서, 한센병은 순천교도소에서 수용하는 등 질병별로 분류하고 있다.

1방에 다수가 단체로 생활하고 있는 교정기관의 특성 상 전염성 질환의 이환 가능성이 높을 것으로 예상되지만, 초기 건강검진이나 정기/수시 검진에서 관련 사항의 스크리닝이 부족한 것을 확인할 수 있었다.

---

21) 법무부, 2007.

22) 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 및 시행령, 제51조, 2009 : 제51조(건강검진횟수) ① 소장은 수용자에 대하여 1년에 1회 이상 건강검진을 하여야 한다. 다만, 19세 미만의 수용자와 계호상 독거수용자에 대하여는 6개월에 1회 이상 하여야 한다. ② 제1항의 건강검진은 「건강검진기본법」 제14조에 따라 지정된 건강검진기관에 의뢰하여 할 수 있다.

물론 HIV 보균자의 경우에는 1인실에서 거주하고, 다른 수용자들이 알아채지 못하도록 제한적인 활동공간과 동선으로 관리하고 있었다. 하지만 성병, 간염 등의 다른 질환에 대한 대응은 수집되는 정보도 부족할 뿐 아니라, 실제 별도 관리를 위한 제반여건도 부족한 것이 사실이다. 또한 많은 수용자가 앓고 있는 고혈압(전체 질환의 43%), 당뇨(20%)와 같은 만성질환에 대한 자기관리 교육프로그램이 일부 진행 중이기는 하나 부족한 실정임. 정신질환(12%)과 관련한 문제는 교정기관의 특성 상 수용된 기간 중 발생가능성에 대한 대비가 필요하다.[23)]

따라서 우리나라 수용자 의료처우에 있어서도 각 질병별 의료체계를 마련하고, 교정시설에서의 특수한 의료요구를 해결할 수 있는 프로그램을 마련할 필요성이 제기된다.[24)]

2) 건강검진 규정의 시행 미흡

수용자의 건강검진은 국민건강보험에서 직장인 건강검진을 시행하는 수준(간염검사 등 22개 항목)으로 외부 검진센터에 의뢰하여 연 1회 실시하는 것을 원칙으로 하고 있음.

신입자의 건강검진은 법령에도 3일 이내에 시행하는 것으로 규정하고 있고, 기존 수용자의 건강검진도 연1회 정기적인 검진이 가능하다. 또한 수용자가 원하거나 전문의료인력이 판단했을 때 필요한 경우, 수시로 검진을 받을 수 있도록 하고 있다. 하지만 실제 교정기관 현장에서는 수용자가 건강검진 자체를 거부하는 경우가 발생하고 있고, 이 때 수용자의 인권문제와 결부되어 건강검진 자체를 진행할 수 없는 어려움이 있다. 이는 단순한 검진 거부가 아니라 전염성 질환 또는 만성 질환에 대한 사전예방 자체가 취약하게 하는 요인이 되고 있다.

신입자 또는 타 교정기관에서 이송되어 온 자에 대한 검진은 절반 정도 수준으로 진행되고 있고, 그나마도 지침에 명시되어 있는 검진 중 일부만 진행되는 경우도 있다. 또한 각 교정기관의 수용자 특성(초기 입소자가 많은 곳, 중・장기수가 많은 곳 등)에 따라 편차가 발생하는 문제도 있다.

---

23) 김정범 외, 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구, p.290, 국가인권위원회, 2003.
24) U.S Department of Justice, Correctional Health Care p.251, 2001.

2. 의료자원의 접근성 취약

1) 의료인력 및 시설의 부족

교정기관의 의료문제가 가장 많이 언급되어 왔던 사항이 바로 의료 인력의 부족한 부분이다. 일반사회와 교정시설의 의료 인력을 비교하면, 2006년 현재 일반사회의 국민 5만 명 당 의료 인력은 의사 75명으로 집계되고 있는데, 교정기관은 수용자 5만 명 당 전체 의사의 수가 85명, 공중보건의사 72명으로 집계되고 있다. 절대적인 수치로는 일반사회보다 높은 수준이라고 보여지나 교정기관의 특성 상 수용자는 일반인보다 질병의 이환률이 높고, 격리된 상황임을 감안한다면 일반사회와 비교하여도 크게 부족한 실정이다.[25)]

교정기관의 의료인력과 관련하여 타 직종의 경우 정원은 확보된 상태이지만 의사는 여전히 결원률이 발생하여 어떤 교정기관에서는 전문의가 없이 공중보건의와 초빙진료에 의존하기도 한다. 의료 인력의 안정적인 수급을 위해 교정기관 근무 조건의 개선, 의무관의 진료 집중 환경조성, 교정의료 인증 제도의 추진 등을 검토할 필요가 있다.

또한 질환별로 교정기관을 구분하여 수용하는 전략에서는 해당 질환의 전문의가 해당 교정기관에서 근무할 수 있도록 배치하는 것이 필요하다. 여자교도소의 경우 부인과 전문의를 의무관으로 배치하고 있는 것과 같이 정신질환자의 수가 많은 교도소에는 정신과 의사를 배치하는 등의 노력이 필요하다.

환자의 치료에 있어서는 우수 인력의 확보와 더불어 각종 장비의 확보 없이는 양질의 의료를 기대하기 어렵다. 실제로 2006년도 보건의료자원실태조사에 의하면 인구 5만 명 당 초음파영상진단기 16.4대, CT 1.8대, Mammography 1.8대, 디지털방사선촬영장치 1.3대, MRI 0.7대를 보유하고 있는 것으로 나타나고 있다. 교정기관에서도 일반사회와 동등한 의료 수준을 확보하기 위해서는 위의 고가장비에 대한 보충이 필요할 것이다.

2) 지역사회 의료체계 연계 취약

실제 운영에서 모든 진료과목을 한 교정기관 안에 완벽하게 갖추는 것은 교정병원을 설립하지 않는 이상 매우 어려운 일이다. 교정기관 내 부족한 의료인력을 확충하고, 결핍된

25) 오영호, 2006년도 보건의료자원실태조사, 보건복지포럼, 2007.

의료서비스를 지원하기 위해 지역사회 의료체계와의 연계는 매우 중요한 사항이다. 선진국에서는 지역사회 내에서의 연계가 비교적 활발하게 진행되고 있는데, 공중의료 체계가 탄탄한 나라일수록 지역사회와의 연계가 높은 비중을 차지하고 있다.[26)]

우리의 경우, 지역마다 의료자원의 편차가 큰 것이 교정의료의 지역사회 연계와도 연관이 있다고 보여진다. 비교적 의료자원이 풍부한 서울 및 수도권 지역에 위치한 교정기관은 다양한 형태의 연계가 시도되고 있지만, 중소도시 지역에 위치한 교정기관은 그렇지 못한 경우가 많았다. 물론 의료 인프라가 절대적으로 부족하여 연계가 취약한 점도 있지만 충분한 경우에도 연계가 취약한 경우도 있다. 이는 수용자 의료에 대한 부정적인 인식에 기인한다고 볼 수 있다.

3. 수용자 의료에 관한 사회적 무관심

우리나라에서 수용자 의료처우와 관련된 문제가 교정시설의 담장을 넘어 사회로 알려지게 된 것은 불과 얼마 되지 않았다. 이것은 교정시설의 본질적 폐쇄성으로 인하여 사회적인 관심을 이끌어 내지 못한 이유뿐만 아니라 의료의 대상이 수용자라는 특성으로 인하여 의료 담당자를 비롯한 국민 모두가 응보감정에 치우쳐 수용자 의료는 소홀히 하거나 경시해도 된다는 선입견을 갖게 된 현실에 기인한다고 하겠다.

이제 의료를 포함한 수용자 처우에 관한 문제가 사회 문제로 표면화되기 시작함으로써 관련 당국 및 정책자는 수용자 처우 개선의 의지를 보이고 있으나, 수용자 의료에 있어서는 교정시설의 직접 관할인 법무부가 홀로 해결하기는 역부족으로 보이는 것이 사실이다.

프랑스에서는 1994년 이전에는 수용자 의료 처우는 법무국이 재정을 제공하고 교정시설 장의 소관아래 이루어졌으나, 1994년 관련 법 개정을 통하여 수용자를 위한 보건의료의 책임이 보건성(Ministry of health)으로 이관되어 공공병원에서 담당을 하게 되었다. 또한 영국의 경우 수용자 의료처우의 문제를 NHS라는 국민보건서비스 내에서 해결하기 위하여 1990년 대 중반부터 법무부와 보건부의 긴밀한 협력관계를 구축하여 수용자 의료처우 발전을 위한 프로그램을 계속 개발하고 있다.

---

26) Morris L. Thigpen, Correctional Health Care, U.S. Department of Justice, 2001.

결국, 우리나라에서는 수용자 처우에서의 의료와 관련된 문제만큼은 법무부뿐만 아니라 일반사회에서의 보건의료를 담당하는 보건복지가족부 및 타 관련 부처 간의 공동 노력을 통해 수용자, 출소자 등 사회 취약계층의 보건복지 향상, 사회복귀 지원, 사회갈등 해소 및 사회통합의 실현을 촉진할 수 있는 사업과 정책 등을 추진하여야 할 것으로 생각된다.

4. 수용자 의료의 실무적 측면과 의료법 등 현행법과의 충돌

현행 의료법이 교정기관 내의 의료기관(부속의원)에 적용되는 데에 있어 교정의료의 실무적 특수성과 여러 면에서 충돌할 수밖에 없는 실정이다.

왜냐하면 의료법에서는 환자의 진료권이 의사의 의료권 보다 강조되고 있는 반면 형의 집행 및 수용자 처우에 관한 법률의 실무적 측면에서는 보안의 측면이 강조되어 수용자의 진료권이 아무런 제한 없이 보장되는 데에는 한계가 있기 때문이다.

현재 수용자 의료처우의 실태가 의료법과 충돌할 수 있는 가능성이 있는 조항을 열거하면 다음과 같다.

의료법 제15조 제1항은 '의료인은 진료나 조산 요청을 받으면 정당한 사유 없이 거부하지 못한다'고 규정하고 있으며, 진료거부란 의료기관 또는 의료인이 환자를 진료할 수 있는 필요한 시설과 인력 등을 갖추고 있는데도 불구하고 정당한 이유 없이 진료를 거부하거나 진료하지 않는 행위를 뜻한다. 현실적으로 수용자의 보건 의료과 연출의 지연, 외부병원 진료 절차의 지연되는 것은 의료법 제15조 제1항에 충돌될 수 있는 여지가 있다.

의료법 제18조 제1항은 '의사나 치과의사는 환자에게 의약품을 투여할 필요가 있다고 인정하면 약사법에 따라 자신이 직접 의약품을 조제할 수 있는 경우가 아니면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 처방전을 작성하여 환자에게 내주거나 발송하여야 한다.'고 규정하고 있다. 의약분업 시행 이후 원칙적으로 의사나 치과의사는 환자를 진료한 후 환자에게 의약품을 투여할 필요가 있다고 인정되는 경우 처방전을 작성하여 환자에게 발급해 주어야 하고, 이 처방전에 근거하여 약사는 의약품을 조제할 수 있다.[27]다만 약사법 제23조 제4항에 의하여 교정시설의 경우에는 의사 또는 치과의사는 자신이 직접 조제할 수 있으나 의사 또는 치과의사에 의하여 직접 조제가 이루어져야 하며 간호사 등에 의한 조제

27) 대한의사협회, 의료법원론, p.91, 법문사, 2008.

가 허용되지 않음을 주의할 필요가 있다.[28]

대법원 판례에 따르면 의사나 입원환자의 진료기록지에 의약품의 종류와 용량을 적어 처방을 하면 간호조무사들이 위 의사의 특별한 지시나 감독이 없이 진료기록지의 내용에 따라 약품진열장에서 종류별로 용기에 들어 있는 약을 꺼내어 배합·밀봉하는 등의 행위를 하는 것은 위 의사가 의약품을 직접 조제한 것으로 볼 수 없다고 한다.[29]

의료법 제27조 제1항은 '의료인[30]이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다'고 규정하고 있다. 따라서 의료행위는 의료인만이 할 수 있음을 원칙으로 하되, 간호사, 간호조무사, 의료기사 등에 관한 법률에 의한 임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사 등의 면허를 가진 자가 의사, 치과의사의 지도하에 진료 또는 의학적 검사에 종사하는 행위는 허용된다 할 것이나, 그 외의 자는 의사, 치과의사의 지도하에서도 의료행위를 할 수 없는 것이고, 나아가 의사의 전체 시술과정 중 일부의 행위라 하더라도 그 행위만으로도 의료행위에 해당하는 한 비의료인은 이를 할 수 없으며, 의료행위를 할 면허 또는 자격이 없는 한 그 행위자가 실제로 그 행위에 관하여 의료인과 같은 수준의 전문지식이나 시술능력을 갖추었다고 하더라도 마찬가지이다.[31]결국 임상병리사, 방사선사 등의 의료기사 자격증이 없는 사람이 해당 업무를 하게 된다면 의료법 제27조 및 의료 기사 등에 관한 법률 제9조에 위배될 가능성이 있다.

결국 의료법에서는 의료관련 직접비용 이외의 요소에 대한 반영이 고려되어 있지는 않지만, 교정기관에서는 제한된 범위의 의료수준을 넘어서 외부진료가 필요한 경우 계호 및 입원 관리 비용과 추가 인력이 요구되고 이러한 것은 교정업무 자체에 영향을 줄 우려가 발생한다. 따라서 현재의 수용자 의료의 실무에 대하여 의료법을 직접 적용할 경우 그 위반사항이 속출하게 될 것으로 예상된다. 장기적인 안목에서 수용자 의료처우의 실무와 의료법 직접 적용과의 사이에서 완충 작용을 할 수 있는 수용자 의료에 관한 특별법 제정의 필요성이 제기되는 것이다.

---

28) 대한의사협회, 의료법원론, p.94, 법문사, 2008.
29) 대법원 2007.10.25. 선고 2006도4418 판결.
30) 의료법 제2조에 의하면 의료인이란 의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사에 한하여 규정하고 있다.
31) 대법원 2003.9.5. 선고 2003도2903 판결.

Ⅴ. 교정기관 의료의 개선방안

1. 수용자 입소 주기별 / 질환별 건강관리 체계 마련

1) 수용자의 수용기간 및 생애주기에 따른 건강관리

입소부터 퇴소 기간 중 수용자의 수용기간에 따라 주요 시점에서 건강검진 및 질병관리가 필요하다. 이는 격리기간별 주요특성을 분석하여 중, 장기수 중심으로 시점을 관리하는 방법이 있다.

건강검진은 연 1회 이상 진행하는 것을 관련 법[32]에서도 규정하고 있는 바, 각 교정기관에서는 정기적인 혹은 수용자의 요구가 있을 시에는 수시로 건강검진을 진행하고 있다. 신입자에 대해서는 입소 후 3일 이내 건강검진을 하도록 관련 법에서 규정하고 있고, 건강검진에 대한 검진항목이 세부적으로 명시되어 있다. 하지만 수용자가 건강검진을 거부(특히, 채혈 거부)하는 경우 강제할 수 있는 규정이 실제로 없어 신입 및 이송 수용자의 전염성 질환에 대한 관리가 어렵다. 물론 무분별한 검진 및 채혈을 예방하기 위한 내용도 규정에 포함되어야 하겠다.

현재와 같이 치료 중심의 건강관리 체계는 질병의 발병 이후 의료비를 상승시키고, 수용자의 질병을 사전에 예방할 수 없는 취약함을 갖고 있다. 건강검진에 대한 체계를 보강하고, 관련 규정에 대한 시행을 강화하는 것은 예방 중심의 건강관리를 위해 반드시 필요하다.

2) 수용자 질환별 건강관리

단순 질환자 관리에서는 수용자가 입소하기 전부터 갖고 있던 개인적인 질환병력에 대한 관리와 진료범위에 대한 규정이 필요하다. 이는 만성 질환관리와도 맞닿아 있는 관리부분으로 입소와 질환관리가 동시에 이루어질 수 있는 프로토콜이 필요하다. 이를 통해 불필요한 응급상황을 사전에 예방하고, 수용자의 치료 지속성을 유지하기 위한 초기 인테이크를 강화해야 한다. 또한 수용자의 진료 요청 시, 진료 여부를 판단하는 준거틀을 마련하는 것은 교정기관 내 의료지원에 대한 신뢰와 연관되어 있을 뿐 아니라 환자의 알 권리

32) 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 및 시행령, 제51조, 2008.

와도 연관된 부분으로 관리가 필요하다.

당뇨, 고혈압, 갑상선 등 만성질환의 관리에서는 수용자 스스로가 질환을 관리할 수 있는 '교육'과 미연에 예방할 수 있는 '예방프로그램'의 진행이 필요하다. 교정기관의 특성상 환경적인 조건과 수용자의 특성으로 '감염성 질환'에 관한 관리 필요성이 강조되고 있다. 특히, 단체 생활의 비율이 높고, 인구밀도가 높고, 밀폐된 곳인 교정기관 내에서 감염성 질환은 매우 위험한 요소임에 틀림없다. WHO에서는 HIV, TB, 간염 및 성병을 특수감염질환으로 분류하여 이에 대한 관리체계 축을 권고하고 있다.

교정기관 내 여성 수용자는 비율이 적고, 각 지역별로 넓게 분포되어 있어 여성특성에 맞는 건강관리 체계가 미흡한 것이 사실이다. 여성만을 수용하는 시설이 별도로 존재하지만 수요를 모두 충족하고 있지는 못하고 있다. 실제로 임신, 출산에 대한 별도의 지원이 시행되고 있기는 하지만 수용자라는 제약이 있어 모성보호에는 미약한 점이 있다. WHO에서는 2009년, Women's health in prison : Correcting gender inequity in prison health (EUROPE)를 펴내면서 교정기관 내 여성의 건강관리에 대한 지침을 마련하였다. 많은 부분, 특히 하드웨어적인 면에서는 적용하기 어려운 점이 있겠지만, 이제 국제적인 기준을 우리의 교정에서도 적용하는 노력이 필요하다 하겠다.

교정기관 내 수용되었다는 사실만으로 수용자들은 일반인과는 다른 정신과적 의료욕구를 가질 수 있다. 현재 정신과적 질환 및 약물 중독의 수용자가 다른 수용자와 함께 격리되고 있고, 물리적으로는 분리 수용이 불가능한 환경이기에 약물 및 알코올 중독자와 정신질환자에 대한 별도의 치료프로그램이 필요하다.

2. 교정기관 보건의료체계의 확립

1) 교정기관 내 1차 보건의료의 활성화

의료전달체계를 효율적으로 수립하기 위해서 1차 보건의료의 활성화를 위한 전략 수립과 신뢰할 수 있는 의사-환자 관계의 형성이 중요하다. 1차 보건의료가 활성화되어 불필요한 2,3차 의료수요를 스크리닝하고, 필요한 의료지원을 적시에, 필요한 수용자에게 전달하는 효율성을 기할 수 있다. 결국 교정기관 내 1차 의료는 수용자의 건강권, 교정시설 내 의료권과 관련하여 핵심적인 위치에 있다고 볼 수 있다.

2) 의료 인력의 안정적인 수급을 위한 정책 마련

교정기관의 의료인력이 수적으로 절대 부족한 것은 아니지만 교정의료에서 요구되는 전문의나 1차 진료가 아닌 분야의 전문가가 필요한 수만큼 확보되어 있지 못한 부분이다. 또한 일반사회 의료인과 비교하였을 때 상대적으로 근무환경이 열악하고, 의료인에 대한 처우 또한 미흡하다. 이러한 이유로 교정기관에서의 의사 충원은 항상 어려움이 있어 왔다.

의료인에 대한 처우 개선만으로는 인력 수급에 한계가 있을 수 있다. 국립경찰병원 수련의와 같이 교정병원 설립과 수련의제도 도입은 안정적인 의료인력 수급에 대한 하나의 대안이 될 수 있을 것으로 생각된다.

3. 의료정보화 시스템의 구축

의약품 통합관리 시스템을 통해 전자처방전 활용, 의사의 처방없이 지급할 수 있는 일반의약품 구분하여 관리하면 수용자의 의약품 오남용에 대한 문제 예방과 신속한 의약품 전달이 가능할 것으로 보인다.

또한 수용자의 의료정보 전산화를 통해 진료대기시간 단축, 업무처리의 신속성 확보, 의료업무의 명확성과 투명성 확보, 기록보관 등을 기대할 수 있다.

4. 교정의료와 관련된 특별법 제정[33)]

현재의 의료 실태에 대하여 의료법을 적용할 경우 법 위반의 경우가 많고, 현실적으로 일반의료와 교정의료의 질적 수준 격차가 존재한다. 이에 교정기관의 현실을 반영한 특별법의 제정이 필요하다. 특별법의 내용으로는 교정의료처우의 법적 근거에 대한 정립, 교정의료 처우의 기준 및 의료시설, 인력, 의료행위에 관한 규정, 의무관의 의료적 판단에 의료와 무관한 사항(보안, 호송, 이송 등)의 개입 방지, 본인부담금 및 보험료 납부 기타 의료급여대상자의 관리, 원격화상진료에 관한 사항, 의료기록 통합관리 사항, 수용자의 진료거부 사항 등이 있다.

33) 이세경 외, 교정의료전달체계와 수용자 인권, 한국의료법학회, 2009.

Ⅵ. 결론 및 제언

수용자는 정해진 기간 동안 격리되어 있다가 사회로 복귀하는 사회의 구성원으로 수용자의 생명과 건강을 보호하는 것은 국가적 의무이기도 하다. 의료수요의 측면에서도 교정기관의 의료는 그 특수성을 인정하는 노력과 별도의 관리가 필요한 영역이다. 하지만 수용자라는 특성 상 그들의 의료적 권리가 사회적인 합의로 도출되기 어려운 부분이 존재한다. 또한 교정기관 자체가 노후된 경우가 많고, 전문 의료인의 수급이 어려운 현실을 감안한다면 수용자의 의료처우는 여전히 열악하다고 불 수 있다.

다변화하는 의료욕구에 대응하기 위한 의료자원이 교정기관 내에는 부족하고, 지역사회의 연계 또한 용이하지는 않아 의료지원에 대한 수용자의 만족도가 낮아 불만이 의료분쟁으로 이어지는 경우가 많다. 외부진료에 대한 욕구가 증가하고 있고, 외부진료에 따른 비용과 위험도 또한 높아지고 있기에 수용자의 의료처우 개선에 대한 정책적 접근이 필요하다.

또한 교정기관의 의료지원에 대한 전반적인 지침 제시가 필요하고, 특히 감염성 질환과 관련된 부분과 여성 수용자의 건강관리 부분, 정신 질환 부분에 대한 세부적인 프로토콜의 마련이 필요하다. 또한 수용자의 생애주기별 건강관리가 일반인의 표준 적용기준에 수용자의 특성이 포함된 형태로 이루어진다면 예방적 측면에서 상당 부분 기여가 있을 것이다.

참고문헌

강석욱 외, 유헬스(u-Health)의 경제적 효과와 성장전략, 삼성경제연구소, 2007.

김소윤 외, 수용자 의료실태 분석 및 중장기 정책수립에 대한 연구, 연세대학교 의료법윤리학연구소, 2008.

김정범 외, 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구, 국가인권위원회, 2003.

김종명, 외국의 교정시설 의료실태, 교정시설 수용자 의료권 보장을 위한 심포지엄, 2002.

대한의사협회, 의료법원론, 법문사, 2008.

박순우, 예방의학, 특정집단 보건사업, 계축문화사, 2007.

박찬운, 국제인권원칙으로 본 한국행형제도의 문제점과 개선방향, 국제인권원칙과 한국의 행형, 역사비평사, 1993.

연성진 외, 수용자 보건・의료의 실태와 개선방안에 관한 연구, 한국형사정책연구원, 2008.

오영호, 2006년도 보건의료자원실태조사, 보건복지포럼, 2007.
우윤근, 교정시설에 대한 진료체계의 문제점 및 개선방안, 국회법제사법위원회, 2004.
이세경 외, 교정의료전달체계와 수용자 인권, 한국의료법학회, 2009.
EUROPE,『Women's health in prison - Correcting gender inequity in prison health』, WHO, 2009.
Lars Moller,『Health in prisons - A WHO guide to the essentials in prison health』, 2007.
Michael Puisis,『Correctional Medicine』, 2006.
U.S Department of Justice,『correctional Health Care』, 2001.

지정토론

1

구금시설 건강권, 현재와 미래

이 화 영 (인권의학연구소 대표)

Ⅰ. 들어가며

2004년 국가인권위원회 인턴으로 근무하면서 담당했던 업무 중의 하나가 오늘 논의되고 있는 "구금시설 수용자 건강권 보장실태 및 개선방안"이었습니다. 당시 정책 권고를 준비하면서 검토했던 국가인권위원회의 구금시설 건강권 실태조사 결과를 보면서 안타까움과 답답한 심정이었습니다. 우리 사회의 "섬"이라는 느낌을 받았습니다. 그로부터 5년이 지난 지금 건강권을 포함한 구금시설의 인권상황은 많이 개선되었다고 합니다. 특히 국가인권위원회 활동 결과 인권상황 개선이 가장 많이 이루어진 곳이 구금시설이라고 합니다. 최근 이루어진 한국형사정책연구원의 실태조사 결과에서도 이를 일부 확인할 수 있었고, 얼마 전 모 일간지에는 과거 구금시설에 비해 현재의 구금시설의 인권상황과 처우 조건이 정말 많이 좋아졌다는 교정직원의 인터뷰도 실렸습니다. 교정당국 역시 예산, 인력, 교정 프로그램 확대 등을 통해 구금시설 수용자들의 건강과 인권 개선을 위한 다각적인 활동을 하고 있습니다. 그렇지만 이러한 개선이 일시적인 것이 아니라 장기적인 전망과 계획 속에서 진행되고 있는 것인지에 대해서는 의문을 갖게 합니다. 또 구금시설 수용자 건강권을 평가할 마땅한 기준이 없는 상황에서 단지 과거보다 개선되었다는 이유 하나만으로, 건강권을 포함한 구금시설의 인권문제가 소수의 전문가들과 관련자만이 논의하는 주변적 인권문제가 된 것은 아닌가라는 생각도 하게 됩니다.

이런 상황에서 구금시설 건강권과 관련한 WHO의 책이 번역되어 오늘 구금시설 건강권과 관련한 토론회가 개최된 것은 매우 반가운 일이며, 구금시설 건강권 보장과 관련하여 몇 가지 쟁점들에 대한 의견을 제시하고자 합니다.

Ⅱ. 구금시설 건강권의 쟁점들

1. 구금시설 건강권 보장의 원칙

지금까지 수용자 건강문제는 질병의 예방, 통제, 치료를 목적으로 한 의료권의 관점에서 접근되었던 것이 현실입니다. 그러나 “육체적이며 정신적인 최상의 건강상태를 획득하는 것”(ICESCR), “질병이나 질환이 없는 상태일 뿐만 아니라 육체적, 정신적 및 사회적 안녕의 완전상태”(WHO)와 같은 국제인권기구의 건강권 규정은 의료권을 훨씬 넘어서고 있습니다.

건강권에 대한 이러한 국제기준을 실현하기 위해서는 차별 금지, 국가 건강서비스 체계로의 통합, 지역 사회 통합, 수용자의 건강 요구 반영, 시설 환경 개선, 법제도 개선 등이 이루어져야 할 것이며, 의료서비스 제공 실태뿐만 아니라 구금시설 수용자의 건강에 영향을 미치는 입소 전 건강상태, 구금시설 환경, 재활 및 출소 이후 사회생활을 위한 각종 서비스 등과 같은 다양한 요인들을 고려해야 할 것입니다. 그럼에도, 발제문의 내용들이 여전히 의료권, 특히 의료서비스 제공과 전달체계에 집중되어 있고, 건강권의 관점을 충분히 포괄하지 못하고 있다는 아쉬움이 있습니다.

2. 차별 없는 건강서비스 제공

건강권 실현의 원칙인 차별금지와 관련하여, 지금의 시점에서 수용자의 국민건강보험 제외가 정당한 것인지 재검토할 때가 되었습니다. 1989년 전 국민을 대상으로 하는 건강보험 제도가 도입되었고, ‘의료보험법’과 ‘국민의료보험법’을 통합한 현재의 국민건강보험법이 제정된 1999년 당시부터 구금시설 수용자는 건강보험 적용대상에서 제외되었습니다. 건강보험 적용을 받지 않더라도, 그에 준하는 건강서비스를 제공받고 있다면 문제가 되지 않을 것입니다.

그간의 조사를 검토해보면, 1차 진료에 해당하는 구금시설 내에서의 진료와 의약품 처방의 경우 의사확충 및 예산확보를 통해 많은 개선이 이루어진 것으로 보입니다. 그러나 2차 내지 3차 진료에 해당하는 외부 진료 실태는 예산확대를 통해 개선되고 있습니다만, 여전히 어려움이 확인되고 있어 일반 시민과 동등한 의료서비스를 제공받고 있다고 볼 수 없습니다. 1차 진료와 관련해서도 정신과, 치과의 경우 의료서비스 접근 및 이용가능성은 줄어듭

니다. 그렇다면 이는 차별에 해당하는 것은 아닐까요? 비록 법률에 근거하였다고 하지만, 그 수단과 내용이 부적절하다면, 이는 우리 헌법에서 금지하고 있는 차별에 해당한다고 볼 수 있습니다. 따라서 현재의 외부 진료 예산 확대와 같은 불안정한 방식이 아니라, 건강보험에 편입(의료급여자)하거나, 건강보험에서 제공하는 서비스와 동등한 수준의 건강서비스를 제공할 수 있는 정책이 새롭게 마련되어야 할 것입니다.

3. 양질의 의료서비스 제공

2002년 국가인권위원회 실태조사와 비교할 때, 현재 의사 인력은 거의 2배 증원되었습니다. 양적으로나 질적으로나 많은 개선이 이루어진 것으로 보입니다. 하지만 공중보건의사가 그 반을 차지하고 있고, 상당수의 의사들이 파트타임 방식으로 근무하고 있어 양질의 의료서비스가 안정적으로 이루어지고 있지는 않습니다. 이 문제는 구금시설에 근무하는 의사의 처우뿐만 아니라 이들의 책임과 권한에 대한 분명한 법 개정이 필요합니다. 이에 대해서는 이미 2002년 국가인권위원회 실태조사 보고서에 지적된 것으로 UN의 피구금자 처우에 관한 최저기준규칙에 준하여 형행법 '위생과 의료', '수용환경' 분야와 관련한 의사의 권한과 책임, 역할이 명문화되어야 합니다.

그리고 구금시설 종사 의사인력의 주요 축인 공중보건의사의 경우, 구금시설과 관련한 어떠한 교육도 받지 못한 채 근무를 시작합니다. 그들이 처음 경험하는 구금시설의 환경과 수용자들의 태도는 자신들이 꿈꾸는 의료 환경과 다른 세계입니다. 인권에 대한 교육을 받아본 경험도 없고, 구금시설에 대한 어떠한 정보와 지식도 없는 공중보건의사들이 의사자격증 하나만으로 구금시설에서 수용자들에게 양질의 서비스를 제공할 것이라고 바라는 것은 지나칠 것입니다. 구금시설의 의사가 어떠한 역할, 책임, 권한이 있는지 알지 못한다면, 공중보건의사는 수용자의 인권과 건강을 충분히 보호해주는 역할을 남의 일로 생각할 것이며, 인권에 근거한 의료적 실천은 불가능할 것입니다. 또한 오늘 발제를 맡으신 박광선 대표의 경우 2년차이지만, Full-Time근무를 하고 있는 공중보건의사의 근무기간은 보통 1년에 불과합니다. 업무의 연속성과 숙련, 노하우 등 아무 것도 남지 않습니다. '환자-의사'로서의 기본적인 신뢰 관계조차 형성하는 것이 불가능합니다.

따라서 양질의 의료서비스, 인권에 근거한 의료서비스를 제공하기 위해서는 처우개선, 법

규 개정뿐만 아니라 구금시설 의사를 대상으로 인권교육, 구금시설 의료의 특성과 의사의 역할, 책임 등과 관련한 교육이 이루어져야 하며, 이를 위한 교육 매뉴얼과 가이드라인 등이 시급히 마련되어야 합니다. 이에 관하여 지난 해 10월 세계의사회(WMA) 서울 총회 강연을 통해 제가 제안한 바 있지만 대한의사협회는 의과대학을 졸업하고 공중보건의 또는 군의관으로 배치되기 전에 군대 또는 구금시설과 같은 특수 구조에서 제기되는 인권적·의료 윤리적 쟁점들에 대해 배치 전 교육을 실시해야할 책임이 있다고 생각합니다. 또한 업무의 연속성, 전문성 등을 확보하기 위해 구금시설에 장기간 근무할 수 있도록 구금시설에서만 근무하는 공중보건의사의 복무기간 단축 등 개선방안도 검토되어야 할 것입니다.

4. 건강검진의 내실화

구금시설 수용자는 사회적인 약자인 경우가 많고, 그간의 실태조사에서 확인되었듯이 유병률 역시 일반 국민보다 높습니다. 따라서 법에서 규정된 건강검진이 매우 중요합니다. 현재 구금시설 수용자는 입소 직후 그리고 1년에 1회(여성 및 청소년은 2회) 정기적인 건강검진을 받도록 법에 보장되어 있습니다. 그러나 건강검진 실시 현황은 이러한 법적 규정이 이행되지 않고 있음을 보여줍니다. 입소 중 건강검진의 경우는 2002년에 비해 2008년도에 개선된 것으로 나타나지만, 입소 직후 실시되어야 하는 건강검진은 그렇지 않은 것으로 나타났습니다.

〈표 1〉 수용자 건강검진 실태

(%)

입소 시		구금 중		
2002	2008	2002	2008*	2008**
69.0	71.3	50.3	67.0	82.0

* 형사정책연구원, 수용자의 보건의료실태와 개선방안에 관한 연구
** 국가인권위원회, 특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태조사

또한 건강검진에서 현재 이루어지는 건강검진의 방식과 검진항목 등이 어느 수준인지 확인할 수 없지만, 2002년 조사결과를 살펴보면 건강검진이라기 보다는 신체검사에 가깝다고 할 수 있으며, 그나마도 충분히 이루어지고 있지 않습니다.

입소 시 그리고 구금 중 실시되는 건강검진이 수용자들의 건강상태를 체크하여, 각종 질병의 예방 및 통제의 일차관문의 역할을 한다는 점에서 실효적이면서도 내실 있는 건강검진이 될 수 있는 방안이 모색되어야 할 것입니다.

5. 정신건강

구금시설에 수용된다는 사실만으로도 수용자들이 받는 정신적인 충격은 상당할 것입니다. 또한 의식주를 포함한 기본수용조건 뿐만 아니라 다양한 수용자들이 제한된 공간에서 함께 생활한다는 것이 주는 스트레스 그리고 자신의 범죄행위에 대한 판결과 그에 따른 구금에 대한 불만과 증오 역시 상당할 것이며, 이는 자신의 건강함을 확인하기 위한 욕구로 표출될 것입니다. 흔히 말하는 '나이롱 환자'가 대표적인 하나의 예일 것이며, 다른 극단적인 상황으로는 얼마 전 자살을 한 수용자의 경우일 것입니다.[1)]

수용자의 정신건강과 관련한 실태조사 결과를 보면 2002년 조사 결과 한 개 증상 이상 수용자는 17.7%(남성 : 18.3%, 여성 : 12.9%)이었으며, 2008년 조사 결과로는 5~14% 내외의 수용자가 정신건강 위험 상태인 것으로 나타났습니다. 그리고 2008년 조사 결과 수용자 389명 중 52명(13.4%)만이 정신건강 검진을 받은 반면, 수용자 389명 중 296명(76.1%)이 정신건강 관리가 필요하다고 응답하였습니다.

또한 2002년 국가인권위원회 조사와 2008년 형사정책연구원의 "약 복용실태"를 보면, 다음 표와 같습니다. '모두 먹음'은 2002년 68.4%였지만 2008년에는 0.0%였으며, '모두 버림'의 경우 2002년에는 0.9%였던 것이, 2008년에는 7.0%로 거의 8배 증가했습니다.

〈표 2〉 수용자의 처방약 복용실태

(%)

	모두 먹음	일부 버림	대부분 버림	모두 버림
2002	68.4	20.3	10.4	0.9
2008	0.0	39.5	53.5	7.0

1) 2005년 이후 구금시설 수용자 72명이 자살을 하였으며, 동기는 신병비관(41명, 56.9%), 중형에 대한 부담(11명, 15.3%), 구속·재판 불만(8명, 11.1%) 순이었다. 형기별로는 미결수가 41명(56.9%), 기결수가 31명(43.1%)으로 나타났고, 기결수 중에는 1~5년 이하가 11명(15.3%)이었다.

모든 사례를 이 범주에 포함시킬 수는 없겠지만, 이 수치는 약을 처방하지 않아도 되는 수용자들에게 약을 처방하는 사례가 매우 높다는 것, 즉 수용자들의 비 의료적 욕구 혹은 정신건강 상의 문제가 의료적 욕구로 표출되어 의료적인 방식으로 해결되는 것을 보여줍니다. 처음 지적한 것처럼 구금시설 건강권의 문제를 의료권의 문제로 접근한 결과 구금시설 건강서비스가 얼마나 비체계적인 방식으로 제공되고 있는지를 상징적으로 나타내주는 자료라 할 수 있습니다.

최근 구금시설 수용자의 정신건강을 위한 프로그램 등이 조금씩 모색되고 있어 그나마 다행입니다만, 체계적인 연구조사가 필요하다고 생각합니다. 특히 초범 내지 구치소에 수감되는 수용자들의 정신건강문제 그리고 앞에서 언급된 건강검진 시 수용자들의 정신건강을 반드시 체크하여야 할 것입니다. 정신건강 문제에 대한 관심과 해결노력은 수용자의 정신건강 증진만이 아니라, 구금시설 내에서의 의료행위에 대한 감소, 이에 따른 의료서비스의 질의 향상, 수용자에 대한 다양한 서비스 제공을 통한 재범 방지 및 사회 복귀의 토대가 될 것입니다.

6. 구금시설 건강권 주체로서의 수용자

1) 수용자의 요구를 반영하는 건강정책

지금까지 수용자 건강서비스와 관련하여, 많은 정책들이 논의되고, 실시되었지만 정작 수용자들이 건강을 위해 요구하는 바를 반영한 정책들이 입안되고, 실시되었는지 의문입니다. 발제문에서도 수용자의 권리에 대한 논의가 있습니다만, 실제 내용은 권리 주체라기보다는 권리의 수혜자로서의 수용자라는 한 측면만 논의되고 있습니다. 발제문 뿐만 아니라 국가인권위원회나 형사정책연구원의 실태조사 결과를 보더라도 크게 다르지 않습니다. 참고로 다음 <표 3>에서 구금시설 인권문제와 관련하여 수용자들이 요구하는 사항을 살펴보면 의료문제는 예상 외로 낮은 응답률을 보이고 있습니다. 오히려 비 의료적인 분야를 개선함으로써, 수용자들의 건강문제를 상당히 해결할 수 있음을 시사해주는 것입니다. 따라서 건강문제에 접근할 때 수용자가 건강권 문제에 대한 주체, 수혜대상으로서의 주체가 아니라 자신의 요구를 주장하고 실현할 권리를 가진 주체임을 인정하고, 이러한 수용자들의 요구를 체계적으로 조사하여 정책에 반영하는 것이 구금시설 건강권 문제를 해결하는 중요한 매개가 될 것입니다.

〈표 3〉 구금시설 수용자 요구 사항

교도관들의 반 인권적 행동 및 수용자 대우	**45명**
낙후된 시설 개선	42명
과밀수용	34명
짧은 면회시간	27명
부식 및 배식 개선	27명
전화사용 제한 개선 - 급수 제한 해제	21명
충분한 운동시간 및 운동공간 마련	20명
냉난반 시설 완비	16명
의무과 진찰개선 및 의료서비스 확대	**15명**

출처: 국가인권위원회, 특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태조사, 2008.

2) 수용자 건강교육

수용자가 건강권 주체가 되기 위해 필요한 것은 건강에 대한 수용자들의 인식 전환일 것입니다. 구금시설 수용자들의 입소 전 사회적 지위나 상태, 교육정도, 건강문제에 대한 관심과 인식능력이 높지 않은 것이 현실입니다. 그 때문에 약물이나 의료 행위에 지나치게 의존하는 성향을 보이는 것 또한 사실입니다. 건강과 관련한 국제기구나 전문 서적에 항상 포함되는 사항은 교육입니다. 건강 서비스 제공자에 대한 교육뿐만 아니라 건강 서비스 수혜자에 대한 교육 역시 필요합니다. 약물 남용의 문제점, 기본적인 건강 및 특정 질병과 관련한 건강 지식과 관리 요법 등을 통해 수용자의 건강 능력을 향상시키는 것이 필요합니다. 수용자들이 관심을 갖는 건강 문제에 대해 각종 정보와 지식을 제공함으로써 수용자들의 건강을 증진시키는 것은 이들이 출소 후 건강한 삶을 살 수 있는 토대를 제공하는 것이며, 궁극적으로는 우리 사회의 건강을 증진시키는 것입니다.

7. 구금시설 의료 지침

발제문에 언급되어 있는 구금시설 내에서의 특정 상황, 즉 혈액 검사와 같은 진단 및 치료를 거부하거나 단식 투쟁을 하는 수용자, 고문이나 가혹 행위 등을 당한 수용자를 의사로서 어떻게 보호해야 하는 지에 대한 지침의 필요성에 대하여 전적으로 동감합니다. 자유의

지에 의해 단식을 감행하는 수용자에게 의료인들이 인도주의, 휴머니즘에 의해 또는 상부지시에 의해 강제로 음식을 투여한다면 그러한 의료 행위가 수용자에게 더 큰 상처와 굴욕감을 줄 수 있습니다. 또한 구금시설에서 징벌 형태로 이루어지는 독방수용, 감금, 계구 착용 시 구금시설에 소속된 의사는 이러한 행위가 정당하다는 것을 증명하기 위해서가 아니라, 그러한 행위로 수용자가 어떤 피해를 입었는지 파악하고, 인간의 한계와 의료적 한계를 넘어서는 행위를 방지하기 위한 것이어야 합니다. 자칫하면 '위험에 처한 의사'가 될 수 있음을 명심해야 할 것이며, 이를 방지하기 위한 법규 개정 및 가이드라인이나 지침이 시급히 만들어져야 할 것입니다.

Ⅲ. 무엇을 할 것인가?

오늘 이 행사를 국가인권위원회에서 주최한 것으로 보아, 향후 국가인권위원회에서 구금시설 수용자 건강문제에 보다 많은 관심과 일을 할 것으로 생각되어, 앞에서 언급된 구금시설 건강권 쟁점 외에 국가인권위원회가 무엇을 할 것인지에 대하여 몇 가지만 언급하고자 합니다.

먼저 구금시설 건강권과 관련한 조사가 간헐적으로 이루어지고 있으나, 조사대상 규모, 분포, 조사 문항 등의 차이 때문에 구금시설 건강권을 평가할 수 있는 객관적인 지표나 자료가 부족합니다. 이런 상황에서 구금시설 건강권 보장 실태에 대한 객관적인 논의를 하는 것은 현실적으로 불가능합니다. 따라서 무엇보다 시급한 것은 일관성, 대표성, 신뢰성, 장기적 추이 파악이 가능한 구금시설 건강권 지표를 개발하고, 이에 근거한 조사를 실시하여 구금시설 건강권 실태에 대한 객관적인 자료를 구축하는 것입니다.

두 번째, 국가인권위원회에서 출범 직후부터 지금까지 구금시설 진정사건이나 법률과 관련하여 많은 권고 그리고 실태조사를 실시하여 인권개선에 많은 기여를 하였습니다. 그러나 구금시설 인권문제에 대한 종합적인 접근은 아직까지 시도되지 않았습니다. 또한 최근에 들어서는 구금시설 인권문제에 대해 국가인권위원회가 진정사건을 해결하는 민원처리 역할에 안주하는 것은 아닌가하는 걱정까지 들기도 합니다.

많은 개선이 이루어졌다고 하나, 구금시설은 아직도 우리 사회의 인권사각지대이고, 수용

자가 사회적 약자이자 소수자인 것은 변함없는 사실입니다. 얼마 전 국가인권위원회의 공식 업무로 추진되었던 “정신장애인 국가보고서” 사업과 같이, 건강문제를 포함한 구금시설 인권과 관련한 국가보고서 사업이 조속히 실시되기를 바랍니다.

마지막으로 구금시설 수용자의 건강문제에 대한 고민과 함께 WHO의 “Health in Prison : A WHO guide to the essentials in prison health”를 한국어로 번역하신 공중보건의사협의회 대표 박광선님에게 감사의 말씀드립니다.

2

구금시설 보건·의료체계 개선방안

주 영 수 (한림대학교 의과대학)

1. 2003년도 연구결과[1)]

〈표 1〉 수용자의 건강권의 여러 측면과 건강권 침해 내용과 결과 (2002년)

건강권	세부항목	침해내용	결과
일반위생 및 생활환경	거주 공간	과밀수용	질병(호흡기, 만성병) 악화, 스트레스 등
	냉난방	냉난방 미비	질병(호흡기, 만성병, 동상 등) 발생 및 악화
	목욕	온수사용 제한	질병(당뇨, 피부질환 등) 발생 및 악화
	화장실	불결, 좌변기	질병(뇌졸중, 두부외상 등), 장애 악화
	의복・침구	불결	질병(피부염 등) 발생 및 악화
	조명	어두움	질병(안과질환, 사고 등), 스트레스
	식사	부적절/특수식 미비	특수식이 필요환자 질병악화
	일반진료	의료자원부족	질병의 조기발견 및 치료 불가능
의료 접근권 (의료기본권)	정신의학	의료자원부족	정신질환의 조기발견 및 치료 불가능, 재활치료 불가능
	치과진료	의료자원부족	치과질환의 조기진단 및 치료 불가능
	응급진료	즉응성 부족	예방 가능한 사망 및 장애발생
	의뢰	의뢰체계미비	질병의 악화 및 예방 가능한 사망 및 장애
	재활	체계미비	신체적 정신 심리적 재활 불가능
	예방 및 건강교육	부재	불건강 행태 교정 불가, 질병악화
존엄성의 준수와 인간적 진료	징벌	체벌・감각박탈	질병의 악화, 정신질환의 발생 및 악화
	계구사용	체벌	질병의 악화, 정신・심리적 스트레스
	사적 비밀보장	사적 비밀보장 부재	질병은폐로 인한 치료기회 박탈, 스트레스

1) 출처: 김정범, 김인회, 이상희, 우석균, 주영수. 구금시설의 의료실태조사 및 의료권보장을 위한 연구. 국가인권위원회. 2003년.

건강권	세부항목	침해내용	결과
정보 접근권	진료결과통보	통보 안함	건강상태 및 치료내용 모름
	의무기록접근	접근권 없음	건강상태 및 치료내용 모름
진료 선택권	일반진료접근	접근제한	양질의 의료접근 제한
	이차의료의견	접근제한	의료사고방지 불가능
고충처리 및 감사체계	의료사고해결 체계	체계 미비 및 방해	의료사고 미해결, 질병의 악화
	감사 및 평가체계	체계 미비 및 전문성 부재	외부평가체계 부재에 의한 의료의 질 저하

〈표 2〉 수용자 의료이용 및 의료요구에 대한 평가 (2002년)

의료 이용(의료 서비스 제공) 내용		이용수준
건강진단		
- 입소 시 건강진단	의사에 의한 진찰	32.5%
	정신건강에 대한 진단	14.3%
- 수용생활 중 건강진단	의사에 의한 진찰	28.0%
	정신건강에 대한 진단	9.7%
의무실 이용	몸이 아플 때 이용할 수 있는지 여부	93.9%
진료비 지원	진료비 개인부담 요구를 받은 적 있는지 여부	32.4%
	돈이 없어 진료를 받지 못한 적이 있는지 여부	49.2%
투약	진료에 의한 처방과 투약	34.1%
	매일 투약을 받는 경우	32.5%
응급상황에 대한 대처	공휴일(야간)에 의사의 진료를 받을 수 있는지 여부	23.3%
병사 수용	병사수용을 신청하였으나 수용되지 못한 경험 여부	37.5%
	(이 중에서 의사의 진찰을 받은 후 거부된 경우)	(48.5%)
외부 병원 이용	외부병원 진료를 신청하였으나 거부된 경험 여부	33.4%
	(이중에서 의사의 진찰을 받은 후 거부된 경우)	(38.6%)
	외부병원 이용 시 전액 자비부담으로 수진한 경험여부	62.3%
징벌과 관련된 의료 이용		
- 의무관에 의한 건강진단 시행여부	징벌 집행 전	21.0%
	징벌 집행 중	21.7%
- 징벌 후 건강상태	징벌 집행 후	18.2%
	징벌 전과 비교하여 건강이 더 악화된 경우	86.0%

〈표 3〉 수용시설 건강 문제 해결을 위한 문제해결의 단계

단계	문제의 범주	문제점	해결방안
1단계	수용시설 1차 의료 체계 확립	의료시설·장비의 미비	사회적 수준과 동일한 수준으로의 의료시설 확충
		의료 인력의 질적·양적 미비	사회적 수준과 동일한 수준으로의 의료인력 확충
		병사의 개선	일반병실기준으로의 개선
		장애인, 환자, 고령자 위한 환경개선	환자 특수식이, 장애자를 위한 위생시설 개선, 병사의 위생시설 개선
	응급의료 체계 확립	응급의료체계미비	시설 내 응급의료 및 의뢰체계 확립
		응급 의료인력 부족	응급 의료인력 훈련, 신규채용
	환경개선	냉난방시설미비	감방 내 조절 가능한 냉난방시설설치
		위생시설미비	자유 이용 가능한 위생시설
		과밀시설해결	거주공간의 국제기준으로의 개선
	징벌조치 개선	금치조치	감각박탈요소 감금폐지 및 개선
		계구 착용	체벌 및 건강악화 계구 착용금지
	의뢰 체계 확립	2, 3차 의료체계미비	공공의료체계와의 연계 및 이동인력 및 장비확보
		본인 부담금 과중	무료치료의 원칙확립 및 예산확보
2단계	의료 체계 통합	의료지원	상급의료기관의 안정적 의료지원
		특수진료	임상심리치료 등 특수진료지원
	인력 교육	의료인력 교육	교정 의학회, 상급의료기관 지원
		일반교도관 의료교육	일반교도관에 대한 의료교육 의무화
	구금시설 체계개선	소규모 수용시설로의 개편	소당 500명 이하 구금시설 의무화
		특성화 수용시설로의 개편	개방구금시설 및 특수구금시설 설립
3단계	건강증진	건강교육부재	건강교육 프로그램
		건강행태개선 프로그램 부재	건강증진 프로그램
	재활 및 사회적응	재활 프로그램 부재	재활프로그램
		복귀 후 연계 프로그램	사회복지시스템과의 연계

2. 구금시설 보건·의료체계 개선방안

1) '보건·의료적 문제'의 원인으로 여전히 남아있는 '과밀수용' 해결

- 과밀수용은 구금환경의 전반적인 악화를 의미함. 구금환경의 악화는 직업훈련과 교육, 여가, 의료 및 정신건강, 식사, 위생 등의 각종 서비스의 악화로 이어짐.
- 과밀수용 상황은 시설 내 규율 위반, 폭력, 재소자의 스트레스 증가, 발병, 심리적 불안정, 자살 등 각종 사고나 사건을 초래함.
- 과밀수용상태에 놓이면 대인공포증이나 자기도피, 무관심, 권태감 등이 증가하고 정신적 장애 가능성 높아짐. 스트레스를 강하게 받는 경우 심장질환, 위장병 등이 생기기 쉬움.

- 과밀수용의 문제를 해결하기 위해서는 적정한 수용시설을 계속적으로 확충하는 것이 필요하겠으나 수용시설의 확충만으로는 결국 문제를 해결할 수 없음. 따라서, 과밀수용을 해결하기 위해서는,
  첫째, 입법단계에서 엄벌주의를 완화하는 방안,
  둘째, 수사 및 재판 단계에서 구속비율을 낮추는 방안,
  셋째, 행형단계에서 자유형의 집행을 줄이고 대체형벌을 도입하든가 혹은 가석방 제도를 활용하는 방안 등이 필요함.

2) '보건·의료적 문제'의 해결을 도울 수 있는 '개방처우'의 확대[2)]

- 광의의 개방처우는 개방시설에서의 처우뿐만이 아니라 폐쇄시설에서도 실시되고 있는 외부 통근제, 귀휴제, 부부 접견제, 주말구금제 등과 같은 반자유처우 또는 중간처우의 집과 같은 중간처우까지도 포함하여 결국 전통적인 폐쇄처우로부터 조금이라도 탈피하려는 노력의 총칭이라고 할 수 있음.
- 협의의 개방처우는 개방시설, 즉 형벌집행에 영향을 미치지 않는 범위 내에서 높은 외벽,

2) 개방처우란 폐쇄처우에 대응되는 개념으로서 전통적인 구금시설에서의 자유형 집행방법에서 탈피하여 수용자의 사회복귀 능력을 함양하려고 시도하는 일련의 처우 내용을 말함. 즉 개방처우는 전통적 폐쇄처우에서 필연적으로 초래되는 구금의 폐해를 제거하여 가능한 수형자의 생활조건을 일반 사회생활 양식과 근접시킴으로써 수형자의 교정교화 효과를 증대시키는 제도임.

쇠창살, 자물쇠 등 물리적 시설을 대폭 제거한 개방시설에서 처우는 하는 것을 의미.

3) '보건 · 의료적 문제' 해결을 위한 '감시체계'의 도입

- 첫째, 구금시설의 의료체계, 의료제공행위에 대한 견제와 감시체계를 구축할 것.
- 둘째, 견제와 감시체계는 법무부의 직접 산하 보다는 법무부와 보건복지부의 합동 산하에 두어 법무부의 일방적인 지휘를 배제할 것.
- 셋째, 견제와 감시체계에 민간인 의사 등 민간인 전문가가 반드시 참여하되 그 비율을 절반이상으로 할 것.

4) 기타 세부항목별 개선방안 (수렴된 요구사항들)

○ **시설 지원**

예기치 않은 집중치료 혹은 관찰이 요구되는 상황이 발생할 경우에도 실효성 있는 조치가 가능한 시설 및 설비(예, 외상처치 및 심폐소생술 등 응급치료를 할 수 있는 설비 등)가 필요함. 예를 들어, 적절한 '병사표준모형' 도입 및 설치 필요.

○ **의료 인력 지원**

공휴일이나 야간진료가 가능하기 위해서는, 제도적으로 '의료인력' 운영방침의 변경(업무량과 법적 규정을 고려한 주-야간 근무 교대지침 등)이나 '의료인력'의 보강을 해 주어야 할 것임. 이와 관련된 '인력' 수급을 위한 재정지원 확대가 필요함. 일반적인 구금시설 인력구성에 있어서 흔히 공통적으로 문제가 되는 부분으로는, 방사선 촬영의 수준(질)을 유지하기 위한 '방사선기사' 확보 문제가 있음.

* 의과대학이나 교정병원설립과 같은 방안은 오래 전부터 실효성이 없을 것으로 예상된 바 있음.

○ **정신 · 심리 지원**

지금까지도 정신 · 심리적 평가 및 지지가 상당히 부족함. 정신과 진료, 심리 치료의 빈도와 수준을 높일 필요가 있음. 이와 관련된 '인력'수급을 위한 재정지원 확대가 필요함.

○ **건강 검진 확대**

40세 이상의 경우는 국민건강보험에서 실시하고 있는 수준의 '암 검진'이 시행될 수 있어야 함.

○ **위생 및 운동 조건 개선**

계절에 상관없이 샤워할 수 있는 시설 개선이 필요함. 위생적 효과 및 보건학적 만족도가 클 것으로 보임.

대운동장의 운동시설은 일반적으로 최소한으로 설치되어 있음. 실제로 다양한 운동기구를 보유하고 있지 못하여 만족할 만한 운동을 하고 있지 못한 것으로 보임. 또한, 일반수용자 뿐만 아니라 엄중격리자의 운동도 보장되어야 하는데, 일반적으로 엄중격리자의 경우 공간이 좁고, 담장이 높아, 실제로 실외활동의 의미가 적음.

3

구금시설 여성 수용자의 건강

변 혜 진 (건강권 실현을 위한 보건의료단체연합 기획국장)

1. 여성 수용자 현황 및 문제점[1)]

가. 여성 수용자의 규모

○ 전체 수용자의 약 5% 정도

〈표 1〉 구금시설 수용자 성별 인원

구분	연도	1997	1998	1999	2000	2001
소계		62,982	70,036	64,641	61,346	61,921
기결수용자	소계	34,372	36,811	38,737	38,224	38,521
	남	33,381	35,400	37,218	36,874	37,162
	여	1,172	1,411	1,519	1,350	1,359
	여성비율(%)	3.4	3.8	3.9	3.5	3.5
미결수용자	소계	28,609	33,225	25,904	23,122	23,400
	남	26,459	30,388	24,063	21,521	21,649
	여	2,150	2,837	1,841	1,601	1,751
	여성비율(%)	8.1	8.5	7.0	6.9	7.5

출전: 법무부 교정국 통계자료 (2002). http://www.moj.go.kr/corrections/data

1) 대부분 국가인권위원회, 구금시설내 여성수용자 인권실태 조사, 2003을 참조하였음

나. 남성과 여성이 함께 수용됨으로 인해 발생하는 문제

○ 청주교도소를 제외하고는 여성 전용 수용시설이 없음
○ 대부분의 수용시설에 남성과 여성이 함께 수용됨에 따라 수가 적은 여성 수용자에 대한 고려 부족 - 목욕 및 세면 문제, 생리적 욕구 해결, 남성 중심적 재활 프로그램, 운동 프로그램 부족 등

다. 여성의 몸 및 마음에 대한 고려 부족

○ 월경, 임신, 출산, 폐경 등 생식의학적 측면에 대한 고려 부족
- 생리대 사용을 자비로 해야 하는 상황
○ 임산부를 위한 별도의 시설이나 프로그램 부족
○ 출산후 아이 양육 환경 조성 부족
○ 여성 수용자를 위한 독자적 진료 공간 부족
○ 면회 시간 부족

라. 여성 수용자에게 흔한 건강 문제에 대한 대처 부족

○ 정신심리적 문제(우울증, 자살 예방 포함), 산부인과 문제 등 여성 수용자에게 흔한 건강 문제에 대한 예방 및 치료 조치 부족

마. 이주 여성 문제의 특수성 고려 부족

○ 언어 문제, 식생활 문제 등에 대한 고려 부족
○ 가족 면회시 자국어 사용을 금지

2. 여성 수용자 건강권 보장을 위한 제언

가. 여성 수용자 전용시설 확대

나. 여성 수용자를 위한 프로그램 확대

○ 여성에 적합한 직업 훈련, 재활 훈련, 운동 프로그램 등 마련

다. 여성의 몸과 마음을 고려한 조치 확대

○ 생리대 무상 지급
○ 임산부, 출산 직후 산모, 영유아 등을 위한 환경 조성
○ 가족 면회 시간 확대

라. 여성 수용자에게 흔한 건강 문제 대응 프로그램 개발

○ 정기적 정신심리 상담 프로그램 정례화
○ 여성 의료진과의 진료 기회 확대

마. 이주 여성 수용자의 특수성을 고려한 조치

○ 이주 여성 수용자를 위한 거실 배치
○ 이주 여성 수용자에 대한 언어 서비스 지원
○ 이주 여성 수용자에게 적합한 식단 제공
○ 자국어를 이용한 면회 허용

4 개별 진정사례를 통해 본 구금시설 수용자 건강권

김 완 수 (국가인권위원회 침해조사과)

□ 국가인권위원회 접수 구금시설 진정사건 현황

❍ 기간 : 2002. 1. 1. ~ 2005. 12. 31., 2006. 1. 1. ~ 2009. 10. 31.

순위	기간(2002 ~ 2005)	건수	기간(2006 ~ 2009. 10.)	건수
1	수용환경 문제	1167	진료권 제한	968
2	진료권 제한	903	수용환경 문제	863
3	부당한 징벌	513	인격권 침해	833
4	외부진료 제한	432	기타	555
5	교도관 근무행태	340	폭행	470
6	인격권 침해	329	외부진료 제한	410
7	폭행	326	부당한 조사수용	298
8	기타	312	교도관 근무형태	292
9	집필제한	301	부당한 징벌	291
10	부당한 계구사용	256	부당한 계구사용	283
11	부당한 조사수용	200	건강검진 미흡	190
12	가혹행위	158	가혹행위	186
13	외부교통권 제한	156	면담불허	186
14	면담불허	145	불공정 조사	84
15	불공정 조사	108	형평성위배	71
16	건강검진 미흡	56	·	·
17	형평성 위배	43	·	·
	·		·	·
	·		·	·
	·		여성건강관리 미흡	3
합계		6465		7102

○ 구금시설 진정사건 중 의료관련 진정사건이 전체 진정사건의 약 20%를 차지하고 있으며 수용환경 문제와 함께 의료관련 문제가 진정사유 1, 2위를 차지하고 있음.

□ 개별 진정사례

○ 건강검진관련(09진인1273)

- 진정요지 : ○○구치소에는 수용자들의 감기, 몸살에 대해 처음에는 관약 처방을 하다가 나중에는 자비로 구입하라고 하고 자비로 구입하는 경우에도 10여일이나 걸리고 약을 지급할 때도 구치소 봉사원(소지)이 약 지급여부를 체크한 후 약을 지급하는 등 공중보건의와 의료과장이 직접 진료와 처방을 하지 않고 있으며 전염성 질병여부를 확인하기 위한 혈액 검사를 수용자 300여 명 중 20~30여명만 받고 있고 연인원 1000여명의 재소자가 있음에도 재소자 전원에 대한 질병검사를 위한 혈액 검사를 실시하지 않고 있음.
- 조사결과 : 신입자 혈액검사 실시는 신입자 건강진단과는 다르게 재량을 인정하고 있으며 수용자의 인권 등을 고려할 때 수용자의 동의 없이 강제적으로 실시할 수도 없는 문제점이 있음.

○ 격리수용관련(09진인2045)

- 진정요지 : 진정인은 2009년 4월경 ○○구치소에 벌금을 못내 수용되었으며 수용되기 전에 성병에 걸려있어 격리하여 치료를 해달라고 하였으나 2달간 치료를 해주지 않아 출소한 현재 상태가 악화되었음.
- 조사결과 :「전염병예방법」제2조 제1항 제3호에 따르면 성병은 제3군전염병에 해당하며,「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 시행령」제52조 및 제53조에 따르면 전염병에 걸린 수용자의 경우 즉시 격리수용하고 그 수용자가 사용한 물품과 설비를 소독하도록 규정하고 있으나 ○○구치소에서는 진정인을 전염가능성이 낮다는 이유 등으로 격리수용하지 않고 혼거수용한 문제점이 있음.

○ 외부진료관련(09진인20)

- 진정요지 : 수용자 ○○○은 2008년 9월 24일 ○○구치소에 수용되었으며 수용기간 중 복통을 호소하며 보건의료과 진료를 몇 번 요청하여 간신히 진료를 받고 수용생활 2주째부터 죽과 미음을 먹을 수 있었고 진통제 등 약을 처방받아 복용했으며 외부병원 진료를 호소했으나 보건의료과에서는 외부병원 진료를 계속 미루었고 중간에 피 검사를 한번 하였는데, 그 결과 아무 이상이 없다고 하였음. 2008년 12월 18일 석방 후 병원에서 진단을 받은 결과, 췌장암 말기 진단을 받았으며 2009년 3월경 사망.
- 조사결과 : 수용자 ○○○은 2008년 9월 24일 ○○구치소 입소 전인 같은 해 9월 16일까지 병원에서 진료를 받았음에도 질병을 발견하지 못한 점, 입소 후 실시한 혈액검사에서 특이사항이 발견되지 않은 점, 췌장암이 초기에 발견하기 어려운 질병인 점 등을 고려하더라고 외부진료를 신청하였음에도 순번에 따라 대기하여야 한다는 이유로 외부진료를 3개월여 동안 한 번도 받지 못한 문제점이 있음.

○ 외부진료 시 인권침해(08진인784)

- 진정요지 : 수용자 ○○○은 ○○구치소에 수용되어 있을 당시 만성신부전증으로 외부병원에서 혈액투석을 받았으며 동 병원으로 가는 동안 수갑과 포승을 한 채 얼굴을 가리는 아무런 조치도 해주지 아니하여 엘리베이터 안에서 외부사람들에게 노출되었음. 혈액투석 환자들은 보통 4시간 정도 투석을 받는데, 투석을 받는 동안 노곤한 상태이고 거의 반수면 상태임에도 불구하고 혹시 탈주할지 모른다고 하면서 혈액투석환자의 발목에 쇠사슬을 채우고 손목과 침대를 연결하여 수갑을 채움.
- 조사결과 : 혈액투석을 하기 위해 수갑과 포승을 한 채 진정인을 일반인들의 왕래가 많은 외부병원으로 호송해 가면서 수갑과 포승을 가리지도 않고 또한 진정인의 얼굴이 노출되지 않도록 모자와 마스크 등 보호도구를 적절히 사용하지 아니하여 일반인들에게 진정인의 얼굴을 노출시킨 문제점이 있음.

○ 정신질환 수용자 관리(08진인2653)

- 진정요지 : 진정인은 2008년 5월 14일 ○○구치소에 수용되었으며 같은 날 오후에 ○○○라는 수용자가 진정인의 거실로 입실한 후 정신이상 증세를 보여 정신분열증 환자인 ○○○을 정신병동이나 다른 독거사동으로 보내 달라고 하였으나 전방조치를 하지 않아 2008년 6월 30일 아무런 이유 없이 ○○○이 진정인의 턱을 구타하여 7바늘을 꿰맸음.
- 조사결과 : 정신질환자인 수용자를 2개월이나 지난 2008년 7월 10일 신경정신과 전문의의 정신감정을 받아 정신병동에 수용하여 정신질환자에 대한 관리의 문제점이 있음.

○ 기타

- 외부진료 관련(09진인1362) : ○○구치소에서 사동 청소부로 일하면서 2008년 7월 13일 배식 후 재소자에게 뜨거운 물을 주다 과실로 2도 화상(면적 15%)을 입었으며 흉터가 많이 남아 외부 화상전문병원의 외부진료를 원하나 허용하지 않고 있음.

□ 구금시설 의료관련 문제점

○ 의료인력 및 시설의 문제점

구금시설 의료수준이 많이 개선되었다고는 하나 아직도 제대로된 치료를 받기는 어려운 실정이며 또한 의료인력의 전반적인 부족 및 특히 정신과 전문의 등 전공에 따른 전문인력 부족 문제 등이 여전히 심각한 것으로 보임. 특히 암 등 중대질병 발견 및 치료에 상당한 문제점이 있는 것으로 보임.

○ 외부 진료 및 자비부담의 문제

외부 진료를 원하는 수용자에 비해 계호인력 부족, 시설의 예산문제 등으로 인해 필요한 경우 적절한 외부진료가 이루어지고 있지 않으며 특히 수용자가 경제적인 능력이 없는 겨우 자비부담의 외부진료는 큰 부담이 되고 있는 실정임.

○ 의약품 오남용

구금시설 수용자의 무지, 건강에 대한 막연한 불안감 등으로 의약품이 오남용되므로 이에 대한 대책 마련이 필요한 것으로 보임.

○ 명확한 기준설정 문제

의료문제는 특히 의료수준 등에 대한 명확한 기준이 설정되어 있지 않으며 관련 법령도 미비한 것으로 보이며 이에 따라 적정 의료수준에 대한 판단기준을 설정할 경우 어려움에 도달하게 됨. 이번 WHO 구금시설 건강권 보장을 위한 지침서 번역 발간은 이런 측면에서 큰 도움이 될 것으로 보이며 그동안 많은 노력을 기울인 공중보건의사협의회에 감사를 드림.

5

구금시설의 결핵관리

조 은 희 (질병관리본부 에이즈 · 결핵과)

Ⅰ. 서론

세계보건기구의 보고서(2009)에 의하면 2007년에 결핵 신환자가 전 세계적으로 927만 명(139/10만 명)이었고, 이 중 전염성 신환자는 410만 명이었으며 177만 명(27/10만 명)이 사망한 것으로 추정하고 있다. 또한 2006년 기준으로 다제내성 결핵환자 511,000명, 광범위내성 결핵환자는 5만 명 이상으로 추정하는 등 최근 다제내성 결핵과 광범위내성 결핵이 전 세계적으로 확산 추세에 있어 세계보건기구는 2007년 광범위내성 결핵의 전 세계적 확산 위험을 경고한 바 있다.

우리나라에서도 결핵은 과거부터 국민건강을 위협해 온 가장 대표적인 전염병으로, 특히 한국전쟁 이후 폭발적으로 늘어나 폐렴과 더불어 1960년대 주요 사망원인으로 자리 잡고 있었다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 1962년부터 전국 보건소를 중심으로 국가결핵사업이 시작되어 일선 담당자, 의료계와 학계의 헌신적인 노력으로 비시지(BCG) 예방접종률의 향상, 이동검진방법을 이용한 환자의 발견, 표준 치료처방의 적용, 환자관리 개선 등 결핵 환자 관리에 두드러진 성과를 거두었고, 이는 전체 환자 발생 및 유병률의 감소로 이어졌다.

그러나 그간의 노력에도 불구하고 우리나라에는 아직도 매년 3만 명 이상의 결핵 환자가 발생하고 2천명 이상의 결핵 환자가 사망하는 등 결핵이 법정전염병 중 발생률과 사망률에서 1위를 차지하고 있으며, 2000년 이후에는 오히려 결핵환자 발생 감소 속도가 크게 둔화되는 추세를 보이고 있어 2006년 9월 결핵 퇴치 “2030 계획”을 수립하게 되었다. 그러나 다제내성결핵이 1994년 1.6%에서 2004년 2.7%로 증가하는 등 다제내성결핵 증가의 위험과 광범위내성결핵의 출현, 또한 2030년까지 선진국 수준인 인구 10만 명당 도말 양성 신환자 발생 1명 미만에 도달하려면 연간 결핵 발생 감소율이 전년

대비 15% 정도로 지속되어야 하므로 결핵 발견율과 치료성공률을 획기적으로 향상시킬 전략과 대책으로 새로운 국가결핵관리체계 개편요구에 따른「결핵퇴치 2030계획」을 수립·발표하고 세부사업을 추진 중에 있다. 특히 결핵환자 조기 발견 및 치료, 결핵 발병 고위험군 관리, 결핵환자 및 감염자 관리를 통한 치료 성공률 향상은 매우 중요한 추진 핵심 사항이다.

결핵환자 조기 발견 및 치료는 결핵감염예방을 위해 매우 중요한 사업으로 과거 전 국민을 대상으로 검진하던 것을 노숙인, 외국인근로자, 이탈주민 등 결핵 고위험군과 학교와 노인시설·장애인시설 등 특수시설 수용자와 같은 특정집단에 대해서도 결핵환자 발견을 위한 검진활동을 강화하였다. 또한, 균양성 및 내성결핵환자의 신속한 발견 및 진단을 위한 시스템을 구축·운영하였으며 특히 내성결핵진단을 위해 시행 중인 약제감수성 검사에 액체배양법을 도입하여 진단기간을 단축하였다.

또한 결핵환자의 가족 접촉자 및 최근 접촉자들과 학교, 군부대, 수용시설 등에서 집단 발생시 최근 접촉자에 대한 관리를 강화토록 하였다. 소집단 결핵발생시 관리 효율화를 위한 메뉴얼을 개발하였고, 소집단 결핵발생시 환자 및 감염자에 대한 검진결과, 증상 등에 대한 집단종합 DB를 구축할 예정이다.

Ⅱ. 본론

결핵의 취약계층은 선진국에서는 노숙자, 재소자, 그리고 이민한 외국인 등을 일컫는다. 그러나 우리나라는 2000년 이후로 결핵정보시스템 구축 후 이민한 외국인 또는 외국인 근로자의 현황 외에는 노숙자나 재소인에 대한 결핵현황을 산출한 적이 없어서 이들 결핵관리사업 중 사각지대에 놓여 있다. 특히 일정기간동안 폐쇄된 공간에 수용되는 시설에서 결핵관리는 특히 문제가 되는 이슈가 될 수 있다.

물론 재소인 경우에는 2007년부터 결핵정보시스템에 교정시설의 요양기관코드를 등록하여 현황을 분석하고 있으나 몇 가지 문제점이 도출되었다. 첫 번째는 2007년 197명, 2008년 199명, 그리고 2009년 9월까지 148명으로 결핵 전체적인 수는 별 변화 없으나 도말 양성환자수는 104명, 63명, 41명으로 감소하였으며 그 원인은 도말 검사 의뢰

수가 감소하여서이다. 즉 도말 미검 건수가 18건, 66건, 60건으로 3배 이상 증가하였다. 두 번째는 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률의 시행령 제53조 (전염병에 관한 조치)의 4항에 “소장은 제3항의 사실을 지체 없이 법무부장관에게 보고하고 관할 보건기관의 장에게 알려야 한다”로 되어 있지만 일부 교정시설만 신고를 하고 있어서 전체적인 교정시설 중 결핵환자 추이는 어렵다. 세 번째는 수용자 의료관리 지침은 단순히 결핵환자 발생시 이송절차에 대한 언급만 있고 그 외는 교도소 내부지침이 있는 것이 아니고 결핵예방법 및 관리지침을 따르고 있다. 네 번째는 신입자가 교도소 입소시 HIV감염검사는 일괄적으로 하나 결핵은 문진한 다음 증상이 있을 시 흉부 X선 검진을 하고 있었다. 다섯 번째는 전염성 결핵환자가 발생시에도 접촉자 검진이 이루어져 있지 않고 있다. 물론 우리나라가 결핵감염자가 30% 이상이어서 전 국민을 예방화학치료를 한다는 것은 경제성이 없으나 결핵 발병 고위험군에서 예방화학치료를 하는 것은 매우 중요하다. 교정시설의 재소인들은 알콜 중독자, 마약 중독자 그리고 영양부족 등 결핵 발병 고위험군에 속하는 경우가 많아 결핵환자 발생 특히 전염성결핵환자 발생시는 접촉자 검진과 경우에 따라서는 예방화학치료가 필요할 것이다.

효과적인 결핵 예방과 관리는 주기적인 정기 검진을 통한 결핵의 조기 발견과 결핵의 치료 성공률, 잠복결핵감염치료, 공기중 감염의 적절한 사전 조치(격리, 환경적 조건, 개인적 방어 등), 그리고 효과적인 접촉자 조사 등이 있다.

Ⅲ. 결론

우리나라 교정시설 입소자들을 위한 전염병 관리의 체계적인 관리가 필요한 가운데 특히 결핵에 대한 관심은 다른 사안들에 비교적 적은 것 같다.

따라서 제언할 수 있는 것은 먼저 교정의료의 결핵관리 체제의 확립이 우선적으로 이루어지도록 노력을 경주하여야 할 것이며 이러한 노력을 경주할 수 있는 움직임을 마련한다는 맥락에서는 교정시설 재소자의 결핵현황과 결핵관리실태를 파악하고 과제를 실용화 할 수 있는 여건의 마련이 중요하다고 생각한다. 또한 효과적인 결핵 예방과 관리를 하기 위한 전략 등을 제정하고 재소자뿐만 아니라 교정시설 보건의료인 등에게 지속

적인교육을 실시하는 것이 중요하다. 재소자의 철저한 결핵관리 향상 즉 치료 성공률 향상은 교정행정 뿐만 아니라 국민 보건 의료 차원에서 매우 큰 의미가 있는 것이다.

〈형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 비교표〉

법률	시행령	시행규칙	비 고
제4장 위생과 의료 제30조 (위생 · 의료조치의무) 소장은 수용자가 건강한 생활을 하는 데에 필요한 위생 및 의료상의 적절한 조치를 하여야 한다. 제31조 (청결유지) 소장은 수용자가 사용하는 모든 설비와 기구가 항상 청결하게 유지되도록 하여야 한다. 제32조 (청결의무) ① 수용자는 자신의 신체 및 의류를 청결히 하여야 하며, 자신이 사용하는 거실·작업장, 그 밖의 수용시설의 청결유지에 협력하여야 한다. ② 수용자는 위생을 위하여 두발 또는 수염을 단정하게 유지하여야 한다. 제33조 (운동 및 목욕) ① 소장은 수용자가 건강유지에 필요한 운동 및 목욕을 정기적으로 할 수 있도록 하여야 한다. ② 운동시간·목욕 횟수 등에 관하여 필요	**제4장 위생과 의료** 제46조 (보건·위생관리계획의 수립 등) 소장은 수용자의 건강, 계절 및 시설여건 등을 고려하여 보건·위생관리계획을 정기적으로 수립하여 시행하여야 한다. 제47조 (시설의 청소·소독) ① 소장은 거실·작업장·목욕탕, 그 밖에 수용자가 공동으로 사용하는 시설과 취사장, 주식·부식 저장고, 그 밖에 음식물 공급과 관련된 시설을 수시로 청소·소독하여야 한다. ② 소장은 저수조 등 급수시설을 6개월에 1회 이상 청소·소독하여야 한다. 제48조 (청결의무) 수용자는 교도관이 법 제32조제1항에 따라 자신이 사용하는 거실, 작업장, 그 밖의 수용시설의 청결을 유지하기 위하여 필요한 지시를 한 경우에는 이에 따라야 한다. 제49조 (실외운동) 소	**제2장 의료** 제23조(의료설비의 기준) ① 교정시설에는 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 의원(의원)이 갖추어야 하는 시설 수준 이상의 의료시설(진료실 등의 의료용 건축물을 말한다. 이하 같다)을 갖추어야 한다. ② 교정시설에 갖추어야 하는 의료장비(혈압측정기 등의 의료기기를 말한다)의 기준은 별표 3과 같다. ③ 의료시설의 세부종류 및 설치기준은 법무부장관이 정한다. 제24조(비상의료용품 기준) ① 소장은 수용정원과 시설여건 등을 고려하여 적정한 양의 비상의료용품을 갖추어 둔다. ② 교정시설에 갖추어야 하는 비상의료용품의 기준은 별표 4와 같다.	**제26조 (재소중인 전염성환자에 대한 조치)** 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」 제2조제4호의 교정시설의 장은 수용자 중 전염성 결핵환자로 진단된 자가 있는 때에는 그에 대한 치료와 전염방지를 위하여 적절한 조치를 취하여야 한다.

법률	시행령	시행규칙	비 고
한 사항은 대통령령으로 정한다. 제34조 (건강검진) ① 소장은 수용자에 대하여 건강검진을 정기적으로 하여야 한다. ② 건강검진의 횟수 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. **제35조 (전염성 질병에 관한 조치)** 소장은 전염의 우려가 있는 질병의 발생과 확산을 방지하기 위하여 필요하다고 인정하면 수용자에 대하여 예방접종·격리수용·이송, 그 밖에 필요한 조치를 하여야 한다. 제36조 (부상자 등 치료) 소장은 수용자가 부상을 당하거나 질병에 걸리면 적절한 치료를 받도록 하여야 한다. 제37조 (외부의료시설 진료 등) ① 소장은 수용자에 대한 적절한 치료를 위하여 필요하다고 인정하면 교정시설 밖에 있는 의료시설(이하 “외부의료시설”이라 한다)에서 진료를 받게 할 수 있다. ② 소장은 수용자의 정신질환 치료를 위하여 필요하다고 인정하	장은 수용자가 매일(공휴일 및 법무부장관이 정하는 날은 제외한다) 「국가공무원 복무규정」 제9조에 따른 근무시간 내에서 1시간 이내의 실외운동을 할 수 있도록 하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 실외운동을 실시하지 아니할 수 있다. 1. 작업의 특성상 실외운동이 필요 없다고 인정되는 때 2. 질병 등으로 실외운동이 수용자의 건강에 해롭다고 인정되는 때 3. 우천, 수사, 재판, 그 밖의 부득이한 사정으로 실외운동을 하기 어려운 때 제50조 (목욕횟수) 소장은 작업의 특성, 계절, 그 밖의 사정을 고려하여 수용자의 목욕 횟수를 정하되 부득이한 사정이 없으면 매주 1회 이상이 되도록 한다. 제51조 (건강검진횟수) ① 소장은 수용자에 대하여 1년에 1회 이상 건강검진을 하여야 한다. 다만, 19세 미만의 수용자와 계호상 독거수용자에 대하여는 6개월에 1회 이상 하여야 한다. ② 제1항의 건강검진		

법률	시행령	시행규칙	비 고
면 법무부장관의 승인을 받아 치료감호시설로 이송할 수 있다. ③ 제2항에 따라 이송된 사람은 수용자에 준하여 처우한다. ④ 소장은 제1항 또는 제2항에 따라 수용자가 외부의료시설에서 진료받거나 치료감호시설로 이송되면 그 사실을 그 가족(가족이 없는 경우에는 수용자가 지정하는 사람)에게 지체 없이 통지하여야 한다. 다만, 수용자가 통지를 원하지 아니하면 그러하지 아니하다. ⑤ 소장은 수용자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 부상 등이 발생하여 외부의료시설에서 진료를 받은 경우에는 그 진료비의 전부 또는 일부를 그 수용자에게 부담하게 할 수 있다. 제38조 (자비치료) 소장은 수용자가 자신의 비용으로 외부의료시설에서 근무하는 의사(이하 “외부의사”라 한다)에게 치료받기를 원하면 교정시설에 근무하는 의사(공중보건의사를 포함하며, 이하 “의무관”이라 한다)의 의견을 고려하여 이를 허가할 수 있다.	은 「건강검진기본법」 제14조에 따라 지정된 건강검진기관에 의뢰하여 할 수 있다. <개정 2009.3.18> **제52조 (전염병의 정의)** 법 제18조제1항, 법 제53조제1항제3호 및 법 제128조제2항에서 “전염병”이란 「전염병예방법」에 따른 전염병을 말한다. **제53조 (전염병에 관한 조치)** ① 소장은 수용자가 전염병에 걸렸다고 의심되는 경우에는 1주 이상 격리수용하고 그 수용자의 휴대품을 소독하여야 한다. ② 소장은 전염병이 유행하는 경우에는 수용자가 자비로 구매하는 음식물의 공급을 중지할 수 있다. ③ 소장은 수용자가 전염병에 걸린 경우에는 즉시 격리수용하고 그 수용자가 사용한 물품과 설비를 철저히 소독하여야 한다. ④ 소장은 제3항의 사실을 지체 없이 법무부장관에게 보고하고 관할 보건기관의 장에게 알려야 한다. 제54조 (의료거실 수용 등) 소장은 수용자가 부상을 당하거나 질병		

법률	시행령	시행규칙	비 고
제39조 (진료환경 등) ① 교정시설에는 수용자의 진료를 위하여 필요한 의료 인력과 설비를 갖추어야 한다. ② 소장은 정신질환이 있다고 의심되는 수용자가 있으면 정신과 의사의 진료를 받을 수 있도록 하여야 한다. ③ 외부의사는 수용자를 진료하는 경우에는 법무부장관이 정하는 사항을 준수하여야 한다. ④ 교정시설에 갖추어야 할 의료설비의 기준에 관하여 필요한 사항은 법무부령으로 정한다. 제40조 (수용자의 의사에 반하는 의료조치) ① 소장은 수용자가 진료 또는 음식물의 섭취를 거부하면 의무관으로 하여금 관찰·조언 또는 설득을 하도록 하여야 한다. ② 소장은 제1항의 조치에도 불구하고 수용자가 진료 또는 음식물의 섭취를 계속 거부하여 그 생명에 위험을 가져올 급박한 우려가 있으면 의무관으로 하여금 적당한 진료 또는 영양보급 등의 조치를 하게 할 수 있다.	에 걸린 경우에는 그 수용자를 의료거실에 수용하거나, 다른 수용자에게 그 수용자를 간병하게 할 수 있다. 제55조 (외부의사의 치료) 소장은 특히 필요하다고 인정하면 외부의료시설에서 근무하는 의사(이하 “외부의사”라 한다)에게 수용자를 치료하게 할 수 있다. 제56조 (중환자의 가족 통지) 소장은 수용자가 위독한 경우에는 그 사실을 가족에게 지체 없이 알려야 한다. 제57조 (외부 의료시설 입원 등 보고) 소장은 법 제37조제1항에 따라 수용자를 외부 의료시설에 입원시키거나 입원 중인 수용자를 교정시설로 데려온 경우에는 그 사실을 법무부장관에게 지체 없이 보고하여야 한다.		

구금시설 내 수용자 건강권 보장을 위한 토론회

2009년 11월 인쇄
2009년 11월 발행

발행인 : **현 병 철**
발행처 : **국가인권위원회 인권정책과**
(100-842) 서울시 중구 무교동길 41
(을지로1가 16번지) 금세기 B/D
전화 / 02) 2125-9753
FAX / 02) 2125-9733
www.humanrights.go.kr
인쇄처 : 도서출판 **한 학 문 화**
전화 / 02) 313-7593(代)