발간등록번호
11-1620000-000587-01

2015년도 인권상황실태조사
연구용역보고서

정신병원 격리·강박 실태조사

국가인권위원회

정신병원 격리·강박 실태조사

2015년도 국가인권위원회 인권상황실태조사
연구용역 보고서를 제출합니다.

2015. 11.

연구수행기관 인권의학연구소

연구책임자 이화영 (인권의학연구소)

공동연구원 주영수 (한림대학교 의과대학)
손창호 (인권의학연구소)
염형국 (공익인권법재단 공감)
임채도 (인권의학연구소)
박은성 (인권의학연구소)

자문위원 홍진표 (삼성의료원)
이영문 (국립공주병원)
이상희 (법무법인 지향)
박지현 (서원대학교)

VOICEYE
voiceye.com

이 보고서는 연구용역수행기관의 결과물로서,
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다.

VOICEYE
voiceye.com

(요약문)

제1장. 서론

1절. 연구의 배경과 목적

1. 연구 배경

2011년 정신건강 실태조사 결과에 의하면, 우리나라 일반 인구의 27.6%는 평생 한번이상 정신질환을 겪고 있다. 한국인의 우울증 평생유병률은 2001년 4%에서 2010년 6.7%로 증가했고, 자살률은 OECD 회원국 가운데 13년째 부동의 1위를 차지하고 있다. 반면, 정신병, 정신병원에 대한 일반 국민들의 인지, 태도, 대응행동은 여전히 수동적이며 문맹적 수준을 크게 넘어서지 못하고 있다.[1] 정신질환을 다루는 전문가, 정책담당자들의 역할이 그만큼 매우 중요해지고 있다.

정신장애인들의 인권실태는 이러한 우리나라 전체 정신건강의 현주소를 가늠하는 중요한 열쇠가 될 수 있다. 정신장애인들의 인권상황은 '정신장애'에 관한 낙후한 사회 인식, 낡은 법제도와 비자의적 입원, 장기입원, 격리 치료 위주의 치료시스템, 의료인력 수급 불균형 등 현재 우리가 안고 있는 정신보건 치료 환경이 안고 있는 문제들과 복합적으로 연관되어 발생하고 있다.

국가인권위원회의 최근 보고[2]에 의하면, 정신병원에 입원 경험이 있는 정신질환자 가운데 격리·강박을 경험한 환자는 전체 환자의 45%이며, 이중 강박을 당한 경험이 있는 환자는 28.9%이다. 또 강박 경험자 가운데 34.7%는 의료진으로부터 강박 이유와 설명을 듣지 못했다고 응답하고 있다. 정신장애인들이 경험하는 각종 인권침해 사건들 가운데 격리·강박은 대표적인 인권침해 사실로 손꼽히고 있다. 국가인권위원회 진정사건 가운데 격리·강박 관련 진정사례가 가장 많은 것도 이를 뒷받침하고 있다.

지금까지 정신의료기관 등에서의 격리·강박 문제는 법규상의 문제점과 시행상의 문제점이 지적되어 왔다. 법규상의 문제점으로는 「정신보건법」 제46조의 환자 신체의 자유를 제한하는 규정이 법원이 아닌 정신의료기관에 포괄적으로 위임하고 있는 문제, 「격리 및 강박 지침」 상 적용기준이 '병실환경을 훼손할 우려' 등 지나치게 광범위하며, 격리·강박

1) 2007.3.9.자 동아일보 "국민58%가 정신건강 문맹"
2) 국가인권위원회, 『정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축』, 2009. p.346~347.

의 이유를 설명하고 진료기록부에 기재하는 데 그 시한을 규정하고 있지 않고, 격리·강박의 해제 여부에 대해서도 판단 및 검토 시한을 규정하고 있지 않고 있는 점 등이 지적되고 있다.

시행 상의 문제점으로는 격리·강박의 빈도나 강도, 시행시간 모두 지나칠 정도로 빈번하고 강력하며, 장시간에 걸쳐 이루어지고 있고, 치료목적으로 보기 어려운 경우가 많다는 점 등이 자주 지적되고 있다.[3] 구체적인 격리·강박에 대한 규정은 정신보건법시행규칙 제23조(행동제한에 관한 기록)에 제한의 사유 및 내용, 제한 당시의 환자의 병명 및 증상, 제한 개시 및 종료의 시간, 제한의 지시자와 수행자를 기록하도록 하고 있으며, 보건복지부의 「격리 및 강박 지침」에 따라 적용기준, 적용시의 원칙을 규정하고 있다. 그러나 그 기준이 의학적으로 구체적이지 못하고 적용 방법도 구체적이지 못하다는데 문제점이 있어 왔다. 즉, 격리와 강박 자체는 정신질환의 치료법으로서 사용되는 것에 대한 합의는 이루어졌지만 구체적인 적용 방법에서 문제가 발생하고 있는 것이 현실이다.

정신장애인들의 대표적인 인권문제인 격리·강박과정에서 발생하는 부당한 처우 문제의 해결은 정신장애인들의 신체적 자유와 자기결정권 등 기본권 보장을 위한 선결과제이다. 동시에 현재의 정신장애 치료 시설, 제도, 관행의 전반적인 문제점을 해결하는 출발점이 될 수 있다. 그러나 지금까지 정신장애인 입·퇴원 과정, 전문 인력과 시설 등 정신보건 치료환경, 정신보건 의료시스템에 관한 많은 연구가 있었으나, 정신장애인들의 격리·강박 문제를 본격적으로 연구한 사례는 거의 없었다.

국가인권위원회는 출범 이후 정신장애인들의 인권문제에 대해 지속적인 관심을 쏟아왔다. 예컨대, 2003년 「정신과 관련시설 인권상황 실태조사」와 「정신의료기관 방문조사보고서」와 2008년 「정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사」 등을 지속적으로 실시해왔다. 그러나 이 기존 연구에서도 격리·강박 문제는 전반적인 병원실태 가운데 격리·강박에 관한 환자 경험을 부분적으로 설문조사한 것이 전부였다. 즉 격리·강박의 발생 원인과 구조적 배경, 환자와 의료인들이 바라보는 시각, 현장의 격리·강박 실태, 외국의 사례와 구체적인 개선방안을 도출하는 데에는 미흡했다.

본 실태조사는 정신장애인들의 인권문제 가운데 조사연구의 범위를 "격리·강박"으로 구체적으로 특정한 뒤 심층적, 다면적 조사를 통해 개선방안을 제안한다는 점에서 의미가 크다. 또한 현안을 다루는 국가인권위원회의 역할에 맞게 현재 정신병원의 현실과 격리·강박의 실태를 가감 없이 그대로 드러내어 문제해결의 단초를 마련하고자 한다.

2. 연구 목적

3) 위의『국가보고서』, p.143. ; 국가인권위원회,『정신과 관련시설 인권상황 실태조사』, 2003. p.141.

위와 같은 연구의 배경과 필요성에 근거하여 본 연구진이 수행한 "정신병원 격리·강박 실태조사"의 추진방향과 목적은 다음과 같다.

첫째, 정신장애인 기본권 보장을 위하여 정신병원 내 격리·강박의 실태와 시설, 장비 및 인력 현황, 격리·강박 과정에서의 인권침해 내용 등에 대하여 살펴본다. 이를 위해 국가인권위에 진정된 격리·강박 사례에 대한 검토, 정신병원 내 격리·강박 시설, 장비에 관한 체크리스트, 관련 법류, 지침 검토, 격리·강박 관련 경험 있는 정신장애인, 의료인 및 의료 종사자들을 상대로 한 설문조사와 집단 그룹 인터뷰(FGI) 등을 실시한다.

둘째, 현행 정신병원 격리·강박 관리체계의 문제점을 분석하여 이를 개선하는 정책방안을 마련한다.

셋째, 정신장애인 격리·강박 과정에서의 인권침해를 방지하고 정신장애인 기본권 보장을 위한 국가인권위원회 권고안을 제시한다.

2절. 연구내용과 범위

1. 정신의료기관의 격리·강박 관련 국내법체계와 국제기준
   - ○ 현행 격리·강박 관련 국내법규 및 시행 지침 검토
     : 국가인권위원회 진정사건 결정례 / 법원 판례 분석
   - ○ 정신장애인에 대한 격리·강박 관련 국제적 기준 검토
   - ○ 외국의 격리 강박 지침과 운영 실태

2. 정신의료기관의 격리·강박 실태 조사 및 피해 조사
   - ○ 격리·강박 관련 의료 시설 및 장비 체크리스트
   - ○ 정신의료기관 가운데 정신병원[4] 입원 환자 대상 설문조사
   - ○ 정신병원 의료인과 의료종사자 대상 설문조사
   - ○ 정신병원 입원 환자 / 의료인 또는 의료종사자 포커스 그룹 인터뷰(FGI)

3. 정신의료기관의 격리·강박 개선 방안
   - ○ 기본 방향과 원칙
   - ○ 최우선 개선과제
   - ○ 중장기 개선과제

4) 정신의료기관 중 '정신병원'이라 함은 50병상 이상의 병원으로서 허가 병상의 50%를 정신과 입원 병상으로 운영하는 병원을 말한다.

4. 정책권고

○ 정신장애인에 대한 격리·강박 시행 과정에서 부당한 처우 근절을 위한 법령, 제도, 지침의 개선. 정신의료기관 평가기준 개정.

○ 국가인권위원회 권고안 제시

3절. 연구 방법

1. 문헌조사

○ 국가인권위원회 진정사건, 결정례. 법원 판례

○ 정신장애 관련 국제규약, 외국 문헌 자료

○ 격리·강박 제도 관련 국내외 연구 조사 결과

○ 국내 정신장애 관련 법제도 정책평가 자료

2. 현장 실태조사

○ 조사대상 : 국립/공립/사립 정신병원 폐쇄병동의 격리·강박 시설, 도구 및 자료

○ 조사내용 :

- 정신병원 자료열람
- 격리·강박 시설 체크리스트
- 의료종사자 근무현황 조사
- 최근 격리·강박 사례 조사

3. 설문조사

○ 조사대상

- 국립/공립/사립 정신병원 폐쇄병동 입원 환자 (격리·강박 경험 환자)
- 국립/공립/사립 정신병원 의료인 및 의료종사자

○ 조사 규모

- 입원환자 : 국립/공립/사립 정신병원 폐쇄병동 입원환자 약 500여명
- 직원 : 각 정신병원 폐쇄병동에 근무하는 의사, 간호사, 보호사 약200여명

○ 조사 내용

- 입원환자 : 기본 인구학적 사항, 진단명, 병력 기간, 입원·퇴원 과정 동의여부, 현재원 기간, 병원 운영(소통)방식과 의료인들에 대한 인식, 치료 환경, 격리 및 강박 경험 여부, 개선 의견 등
- 직원 : 기본 인구학적 사항, 직위, 직종, 정신과 종사기간, 병원 운영(소통)방식과 환자들에 대한 인식, 치료 환경, 격리 및 강박 시행 경험, 개선 의견 등

4. 포커스 그룹 인터뷰(FGI)

○ 조사대상과 규모

- 환자 집단 : 5개 정신병원의 격리·강박 경험 입원환자 약20명
- 의료인 집단 : 5개 정신병원의 정신병원 의사, 간호사, 보호사 등 약30명

○ 조사내용

- 격리·강박 원인, 격리·강박시설, 격리·강박 중 인권침해사례, 개선의견

5. 전문가 자문회의

- 1차 회의 : 설문, 인터뷰 및 체크리스트 작성 의견 수렴
- 2차 회의 : 설문, 인터뷰 및 체크리스트 조사결과 분석 검토, 정책권고안 수렴

4절. 정신병원 격리·강박 관련 국내 연구보고서 검토

기존 연구 사례로는 국가인권위원회의 여러 보고서가 있다. 주요 보고서는 국가인권위원회(2003)의 「정신의료기관 방문조사보고서」, 「정신과 관련시설 인권상황 실태조사」(2003), 「정신장애인 인권실태조사 결과발표 및 토론회」(2008), 「정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서」(2009) 등이 있다.

이 가운데 「정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서」(2009)는 정신장애인의 치료 및 인권상황, 현형 법제도와 정신보건 서비스 전달체계 그리고 정신장애인 가족의 생활실태 등에 관한 종합적이고 체계적인 실태조사와 각국의 사례를 연구하여 이를 기초로 정신장애인의 인권 및 재활·사회복귀에 중점을 둔 정책방향과 추진과제를 제시하고 있다.

이 보고서는 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 기본원칙을 제시하고, 입퇴원 과정에서의 적정절차 마련, 정신보건 시설 내 권리보장 및 치료환경 개선, 지역사회 중심의 정신장애인 치료, 정신장애인에 대한 차별과 편견해소를 위한 정책방향과 추진과제를 제시하였다. 격리·강박과 관련하여 이 보고서는 현행 「격리 및 강박 지침」의 철저한 준수노력을 강조하는 한편, 기존 「정신보건법」과 「격리 및 강박 지침」 상의 문제점, 즉 격리·강박의 구체적 적용 범위, 즉시 설명의무, 해제 여부에 대한 검토 및 환자 상태 확인에 대한 시한 설정, 허용 가능한 시간, 격리 및 강박 절차, 방법, 기록 의무를 구체적으로 규정하고, 격리 및 강박의 적법여부에 대한 벌칙 규정을 강화하여 실효성을 담보할 것을 강조하고 있다.

제2장. 정신병원 격리·강박 관련 국내법체계 및 국제기준 검토

1절. 국내법체계 및 지침

1. 국내 법체계

정신병원 격리·강박 관련 국내법으로는 헌법, 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률(이하 '장애인차별금지법'이라 한다), 정신보건법이 있고, 법령에 해당하지 않지만, 격리 및 강박에 관한 세부내용을 정하고 있는 보건복지부의 격리 및 강박 지침이 있다.

먼저, 대한민국헌법 제12조는 신체의 자유와 적법절차에 관해 규정하고 있다. 제1항에서는 "모든 국민은 신체의 자유를 가진다. 누구든지 법률에 의하지 아니하고는 체포·구속·압수·수색 또는 심문을 받지 아니하며, 법률과 적법한 절차에 의하지 아니하고는 처벌·보안처분 또는 강제노역을 받지 아니한다."고 선언하고 있다. 또 제3항에서는 "체포·구속·압수 또는 수색을 할 때에는 적법한 절차에 따라 검사의 신청에 의하여 법관이 발부한 영장을 제시하여야 한다..."고 하여 적법절차 및 영장주의를 규정하고 있다.

장애인차별금지법은 제1조에서 "이 법은 모든 생활영역에서 장애를 이유로 한 차별을 금지하고 장애를 이유로 차별받은 사람의 권익을 효과적으로 구제함으로써 장애인의 완전한 사회참여와 평등권 실현을 통하여 인간으로서의 존엄과 가치를 구현함을 목적으로 한다."고 하여 장애인의 완전한 사회참여와 평등권 실현을 통한 인간의 존엄과 가치구현을 규정하고 있고, 제7조에서 "장애인은 자신의 생활 전반에 관하여 자신의 의사에 따라 스스로 선택하고 결정할 권리를 가진다. 장애인은 장애인 아닌 사람과 동등한 선택권을 보장받기 위하여 필요한 서비스와 정보를 제공 받을 권리를 가진다."고 하여 장애인의 자기결정권 및 동등한 선택권 보장을 위한 서비스 및 정보제공권을 규정하고 있다.

정신보건법은 제2조에서 이 법의 기본이념으로 ①모든 정신질환자의 인간으로서의 존엄과 가치 보장, ②최적의 치료와 보호를 받을 권리 보장, ③부당한 차별대우 금지, ④자발적 입원 권장, ⑤입원 중인 정신질환자의 자유로운 환경 보장 및 다른 사람들과의 자유로이 의견교환 보장 등을 규정하고 있다.

법 제46조는 제1항에서 "환자를 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 가하는 것은 환자의 증상으로 보아서 본인 또는 주변사람이 위험에 이를 가능성이 현저히 높고 신체적 제한 외의 방법으로 그 위험을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하다고 판단되는 경우에 그 위험을 최소한으로 줄이고, 환자 본인의 치료 또는 보호를 도모하는 목적으로 행하여져야 한다. 이 경우 격리는 당해 시설 안에서 행하여져야 한다."고 규정하고 있고, 제2항에서 "정신의료기관등의 장이나 종사자가 제1항에 따라 환자를 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 가하는 경우에는 정신건강의학과전문의의 지시에 따라야 하며 이를 진료기록부에

기재하여야 한다."고 규정하고 있다. 제46조 제2항을 위반하여 정신건강의학과전문의의 지시에 따르지 아니하거나 이를 진료기록부에 기재하지 아니한 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다(법 제57조).

그리고 법적 효력을 갖지 못하지만, 보건복지부가 정신병원에 입원한 정신질환자의 권익을 보호한다는 명목으로 제정한 격리 및 강박 지침이 있다.

격리 및 강박(Seclusion and Restraint) 지침

1. 정의
   1) 격리는 입원 환자치료의 일환으로 환자가 응급상황(자.타해 또는 심한 손상을 초래할 수 있는 상황)으로 진행되는 것을 방지하기 위한 치료 또는 임상적인 상태의 조절을 위하여 제한된 공간에서 일정시간 동안 행동을 제한하는 것을 말함
   2) 강박은 환자의 신체운동을 제한하는 행위를 말하는데, 손목이나 발목을 강박대(끈 또는 가죽 등)로 고정시키거나, 벨트를 사용하거나, 보호복을 착용시키거나, 의자에 고정시키는 방법 등을 사용하는 것을 말함

2. 적용기준
   1) 자해 혹은 타해의 위험이 있는 환자를 보호할 목적으로 시행
   2) 치료 프로그램이나 병실환경을 심각하게 훼손 할 우려가 있는 경우
   3) 환자의 동의하에 행동요법의 한 부분으로써 사용할 수 있음
   4) 환자가 받는 과도한 자극을 줄여줄 필요가 있는 경우 : 격리
   5) 환자가 스스로 충동을 조절할 수 없다고 느껴, 격리 또는 강박을 요구하는 경우

3. 적용시의 원칙
   1) 주치의 또는 당직의사의 지시에 따라 시행하고 해제하여야 한다.
   2) 격리 또는 강박 시행 전과 시행 후에 그 이유를 환자 또는 보호자나 그 가족에게 설명한다.
   3) 환자는 타인에게 인격이 보호되는 장소로써 외부 창을 통해 관찰이 가능한 조용하고 안전한 환경에서 실시한다.
   4) 치료진이나 병동편의 및 처벌을 목적으로 격리나 강박을 시행해서는 안 된다.
   5) 치료자가 단독으로 격리나 강박을 시행하려고 해서는 안 되며, 안전을 위해 적절한 수의 치료진 2-3명이 있어야 한다.
   6) 격리 또는 강박후 간호사는 자주 환자의 상태를 확인해야 하며, 간호일지에 강박 또는 격리를 시행한 이유, 당시의 환자상태, 방법(보호복, 억제대 2Point, 4Point, 보호조끼)에 대해 자세히 기록한다. 환자상태에 이상이 있을 시 즉시 주치의 또는 당직의에 보고하도록 한다.
   7) 강박조치한 환자에게는 1시간마다 Vital sign(호흡, 혈압, 맥박 등)을 점검하고, 최소 2시간마다 팔다리를 움직여 주어야 한다.
   8) 수시로 혈액순환, 심한 발한(땀흘림)을 확인하여 자세변동을 시행하며, 대.소변을 보

게 하고, 적절하게 음료수를 공급하여야 한다.
9) 환자상태가 안정되어 위험성이 없어졌다고 판단되면, 간호사는 즉시 주치의(또는 당직의사)에게 보고하고 그 지시에 따라 강박 또는 격리를 해제하고 신체의 불편유무를 확인한다.
10) 양 팔목과 발목에 강박대를 착용시킬 때는 혈액이 원활하게 순환될 수 있도록 손가락 하나정도의 공간을 확보하며, 가슴벨트는 등뒤에서부터 양 겨드랑이 사이로 빼서 고정시키고 불편하지 않는가 확인하고 관찰한다.

2. 국가인권위원회 진정사건 및 결정례 분석

여기서 분석한 격리·강박 관련 국가인권위 진정사례는 총 39건(2004~2014)이다. 부당한 격리·강박 수행에 대한 환자들의 진정 내용을 살펴보면, 장시간 격리·강박, 부당한 격리·강박 이유, 격리·강박 과정에서의 폭언·폭행, 강제 약물 투여, 기저귀 착용 등 인격권 침해, 격리·강박 관련 지침(보건복지부, 「격리·강박지침」) 위반, 「정신보건법」 상 입퇴원 절차(보호의무자 동의 등) 위반, 교통 통신제한 조치, 격리실 철창과 용변처리, 악취 등 환경 문제 등에 대한 것이었다. 진정 사건 발생 빈도는 병원급 이상이 31건, 의원급은 8건이었다.

진정사례를 살펴보면, 먼저 부당한 격리·강박의 발생 시점이 입원과정에서 비롯되는 것을 알 수 있다. 이는 알콜의존 환자의 비자의(강제)입원의 경우 특히 그러하다. (13진정0796000건 외 9건)

격리와 특히 강박 시 환자의 신체를 직접 접촉하는 보호사들에 의한 무리한 신체적 압박, 혹은 폭행 사례도 적지 않았다. (13진정0704700 건 외 5건) 또 직접적인 신체적 폭력을 가한 경우가 아니더라도 격리·강박 수행 중인 환자의 용변 시 보호사들이 용변 통을 들고 있거나, 기저귀를 채우거나, 그냥 환자복에 소변을 보게 하는 등 인격권을 침해하는 경우가 많았다.

또한 거의 모든 진정 사례에서 격리·강박 수행 시, 진료기록이 없거나 부실한 것도(13진정0588200건 외 21건)도 두드러진 공통점이었다. 정신과 전문의의 지시가 없이 격리·강박하거나, 전문의 지시 없이 아무런 자격요건을 갖추지 못한 보호사가 환자에게 투약한 사례(13진정0588200)도 있었다.

진정사례 중 장기 격리·강박 사례로는 72시간 이상(04진인2935, 04진인3752, 04진인3758)도 여러 건이 있었다. 보호자 동의서가 없거나 입,퇴원서류를 조작하는 등 명백한 위법한 행위를 저질러 행정처분이나 고발조치를 권고한 사례(04진인586 외 8건)도 많았다.

국가인권위원회의 격리·강박 진정사건 결정에서는 환자들의 폭행피해 등 부당한 격리·강박 주장에 대해 일부 기각하는 경우가 많았다. 이유는 폐쇄적인 병원환경, 목격자들의 부재, 허위 진정 등 여러 가지 이유가 있겠으나, 피해 환자의 주장이 신빙할만한 상당함에도

불구하고 피해 주장을 뒷받침할 구체적 증거가 없어 기각하는 경우도 많았다.

그 외에도 환자들이 가족이나 외부와 연락할 때 부당하게 교통, 통신권을 제한하는 경우가 많은 진정사례에서 확인되었고, 국가인권위원회에 진정하는 것을 임의로 가로막거나 진정함을 형식적으로 설치, 운영하는 사례가 있었다.

3. 법원 판례 분석

가. 광주고등법원 2003. 7. 2. 선고 2003나1808 판결

정신병원에 입원 중이던 우울증 환자가 격리실에 격리 중 목을 메어 자살한 사건에서 법원은 "정신병원을 설치·운영하는 국가는 자살가능성이 있는 환자가 보호실에 있을 때에는 병원관계자들이 항상 관찰이 가능한 구조로 보호실을 설치하여야 함에도 보호실에서 가장 가까운 거리에 있는 간호사실에서도 보호실 내부를 직접 감시할 수 없고, 다만 보호실 출입문에 있는 창문을 통해야 내부를 관찰할 수 있게끔 설치한 과실과 자살 방지를 위하여 환자의 손에 닿지 않는 곳에 철망을 설치하여야 함에도 불구하고 철망 바로 밑에 보호실 바닥으로부터 60㎝ 높이의 증기난방장치를 설치하여 환자가 환자복을 이용하여 용이하게 보호실 철망에 목을 매어 자살하는 결과에 이르게 한 과실이 있다"고 판단하여 정신병원 측의 영조물의 설치·관리상의 하자를 인정하였다.

또한 "우울증 환자의 경우 예후가 양호하다고 하더라도 언제든지 자살의 가능성이 있으며, 또한 환자 중에는 충동적인 방법으로 자살을 하는 경우도 있으므로 그러한 환자가 입원하였을 때에는 자살을 예방하기 위하여 치료자들은 환자를 늘 가까이서 보살펴야 된다는 점에 비추어 보면 환자의 자살가능성을 예견할 수 있었던 담당의사는 환자를 보호실에 격리시키는 경우 그 자살위험성에 대하여 간호사 및 간호조무사들에게 주지시켜 간호사 및 간호조무사들로 하여금 환자의 상태를 계속적으로 주의깊게 살피도록 하는 등의 조치를 취하여 환자의 자살을 미연에 방지할 업무상 주의의무가 있다."고 인정하면서 이러한 영조물 설치·관리상의 하자 및 업무상 주의의무위반에 따른 손해배상책임을 인정하였다.

나. 서울중앙지방법원 2010. 5. 6. 선고 2009가합73498 판결

정신병원에 입원해있던 환자가 수분 섭취로 인해 몸무게가 3㎏ 정도 증가하자 보호실 격리 조치하였고, 그 환자가 격리실 창문에 머리가 끼여서 사망한 사건에서 법원은 "① 병원은 정신 질병이 있는 환자가 입원하여 치료를 받는 곳으로 환자의 특성으로 인해 항상 예상하기 어려운 돌출 사고나, 응급 사고가 발생할 수 있고, 특히 보호실은 환자 중 정도가 심한 환자를 격리하기 위한 장소로 돌출 사고의 발생 가능성이 더욱 크다 할 것인데, 병원에서 보호실의 출입문에 환자를 관찰하기 위한 관찰구를 환자의 머리가 들어갈 수 있는

정도의 높이에 그와 같은 크기로 설치하였다면, 환자가 그 관찰구에 머리를 집어넣는 등의 사고가 발생할 개연성도 있으므로, 그 예방을 위해 그 관찰구를 창살 또는 투명 아크릴판 등으로 막아 두어야 하였을 것으로 보이는 점, ② 설령 보호실 내부의 환기 등이 문제된다고 하더라도 투명 아크릴판에 환기 구멍을 뚫거나 창살을 설치하는 방법으로 이를 해결할 수 있고, 그와 같이 하는데 특별히 과도한 비용이나 노력이 필요하지는 않은 것으로 판단되는 점, ③ 이 사건 사고 당일 혼자서 당직 근무를 서게 된 보호사 강00는 보호사 근무수칙에 따라 병동 순찰을 최소한 30분에 1회 실시하여야 함에도 당일 17:20경 병동 순찰을 한 차례 한 뒤 이 사건 사고 발생시인 19:50경까지 간호사실에서 휴식을 취하는 등 보호사로서의 근무를 태만히 하여 이 사건 사고를 예방하거나 적시에 발견하지 못한 것으로 보이는 점, ④ 병원은 정신보건법 시행규칙 제7조 제1항 별표 2에 따라 입원 환자 13인당 간호사 1인을 두어야 함에도 이 사건 사고 당시 66명의 환자가 있던 제7병동에 주간에만 2명의 간호사를 근무하게 하고, 야간(당직)에는 한 명의 간호사도 근무하게 하지 않는 등 관련 규정에서 환자의 원활한 관리를 위해 두도록 규정하고 있는 간호사조차 두지 않았던 점 등을 종합적으로 고려하면, 병원은 보호실 관찰구 등 시설에 대한 관리 및 환자의 적정한 관리를 위한 충분한 인력 운용을 소홀히 하고, 위 병원 소속 보호사 강00는 입원 환자의 사고 예방을 위한 관리.감독 업무를 게을리하여 이 사건 사고가 발생하였다고 봄이 상당" 하다고 인정하여 병원 측에 사고에 대한 업무상 과실책임을 인정하였다.

2절. 국제기준

1. 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제협약

1966년 12월 유엔총회에서 채택되었고, 우리나라도 1990년 비준한 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제협약 제7조에서는 고문 또는 잔혹한, 비인도적인, 굴욕적인 취급을 받지 않을 권리를 보장하고 있다. 위 조항에 관한 일반논평에서는 각 정부들이 정신병원에서의 구금사실, 학대를 예방할 수 있는 방법들, 정신의료기관에 입원된 사람들이 이용할 수 있는 호소절차와 그에 관한 정보제공을 할 것을 요청하고 있다. 협약 제9조 제4항에서는 "체포 또는 억류에 의하여 자유를 박탈당한 사람은 누구든지, 법원이 그의 억류의 합법성을 지체없이 결정하고, 그의 억류가 합법적이 아닌 경우에는 그의 석방을 명령할 수 있도록 하기 위하여, 법원에 절차를 취할 권리를 가진다."고 규정하고 있다.

2. 장애인권리협약

2006년 12월에 유엔총회에서 채택되고, 우리나라도 2008월 12월에 비준한 장애인권리협약 제12조에서는 "장애인들이 삶의 모든 영역에서 다른 사람들과 동등한 조건으로 법적능

력을 누려야 함을" 보장하고 있고, 제15조에서는 "당사국은 모든 효과적인 법률, 행정, 사법 또는 기타 수단을 취하여 다른 사람들과 동등한 조건으로 장애인이 고문 도는 잔혹, 비인도적이거나 굴욕적인 대우 혹은 처벌의 대상이 되지 않도록 한다."는 의무를 부여하고 있다. 제17조에서는 "모든 장애인은 다른 사람들과 동등한 조건으로 자신 고유의 신체적, 정신적 상태에 대해 존중받을 권리가 있다."고 규정하고 있고, 제25조에서는 당사국에게 "자유로운 사전 동의를 기초로 하는 것을 포함하여 의료전문가로 하여금 장애인에게 다른 사람들과 같은 질의 보살핌을 제공하도록 한다. 이것은 그중에서도 특히 공공 및 민간부문 건강관리의 윤리적 기준에 관한 훈련과 홍보를 통해 장애인의 인권, 존엄성, 자율성 및 욕구에 관하 인식증진을 통해 제공하도록 한다."고 명시하고 있다.

3. 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙

정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(이하 'MI 원칙'이라 한다)은 1991년 12월 유엔총회에서 결의되었다. 특히 정신장애로 인해 억류된 사람들에 대한 최소한의 인권기준을 각국에 제시하고 있다. MI 원칙 제8조 제2항에서는 "모든 환자들은 적절하지 못한 약물치료, 다른 환자나 직원 또는 다른 사람들로부터의 학대 또는 정신적 불안이나 신체적 불편을 야기하는 기타 행동 등의 위해로부터 보호받아야 한다."고 규정하고 있고, 원칙 제9조 제1항에서는 "모든 정신장애인은 환자의 건강 관련 필요와 다른 이들의 신체적 안전을 보호하기 위해 필요한 치료로서 가능한 한 제한적이지 않은 치료를 받을 권리를 가진다."고 규정하고 있다.

또한 원칙 제11조 제11항에서는 "환자의 신체적 강박 및 비자발적 격리는 환자나 다른 사람들의 직접적이고 절박한 위해를 막기 위한 유일한 수단인 경우에 한해, 반드시 해당 정신보건시설에서 공식적으로 승인된 절차에 따라서 사용되어야 한다. 또한 이같은 목적에 반드시 필요한 기간을 초과해 연장되어서는 안된다. 모든 신체적 강박이나 비자발적 격리 사례는 그 이유와 성격, 범위를 환자의 의료기록에 기록해야만 한다. 강박 및 격리된 환자는 인도적인 환경에 처해야 하며, 자격을 갖춘 의료진이 정기적으로 세밀하게 감독하고 보살펴야 한다. 관련된 개인 대리인이 있는 경우 환자의 신체적 강박이나 비자발적 격리에 대해 반드시 즉시 통보해야 한다."고 규정하고 있고, 원칙 제14조 제1항에서는 정신보건시설이 ①의학 및 기타 적합한 전문적 자격을 갖춘 직원의 수가 충분해야 하며, 모든 환자들이 사생활을 보호받을 수 있을 만큼 충분한 공간과 적절하고 능동적인 프로그램, ②환자의 진단 및 치료시설, ③적절한 전문적 치료, ④약물치료제공 등 적합하고 정기적이며 종합적인 치료를 포함하여 다른 보건시설과 같은 수준의 자원을 갖출 것은 요구하고 있다.

3절 외국 지침과 운영 실태

1. 격리와 강박의 유용성에 대한 인식 및 최소화를 위한 제반 노력

정신과 환자에 대한 격리와 강박조치는 크게 두 가지 목적으로 시행되고 있다. 첫째는 환자에게 적절한 제한과 지나친 자극 감소를 통해 치료적 환경을 조성하는 것이며. 둘째는 환자의 폭력적 행동으로부터 환자자신, 병동의 다른 환자 및 의료진을 보호하는 것이다. 하지만 현재까지 격리와 강박조치가 환자의 정신과 질환에 치료적 환경으로 작용한다는 것을 입증할 과학적 증거는 없는 상태이다. 따라서 현재 해외의 주요 전문가집단이나 정부의 규정은 격리와 강박을 치료적 방법의 일종으로 간주하지 않고 있는 추세이며, 상기의 두 번째 목적 즉 폭력적 행동에 대한 제한으로 국한되어 있다.

강박과 격리를 최소한 하기 위한 노력은 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있다.

첫째는 강박과 격리에 대한 규제 및 관리를 강화하고 또한 격리와 강박 처치가 용이하지 않게 하는 것이다.

유럽연합과 미국 외에도 일본의 경우 1998년에 격리와 강박에 대한 모니터링이 의무화되었으며 정신과 시설은 매달 강박과 격리과정을 보여주는 요약표를 비치하여야 한다. 그리고 매달 적절한 강박과 격리 및 강박과 격리를 줄여나갈 토의를 하는 위원회가 열리도록 하였다. 또한 신경학 및 정신과학 국가센터(The center for neurology and psychiatry)는 강박과 격리를 줄이고 그 방법을 개선시키고자하는 훈련프로그램을 제공하고 있다. 호주의 경우에도 2005년 보건부에 의해 강박과 격리의 근절 내지 줄이기 위한 조치를 포함한 정신건강상 국가적 안전 우선해결문제를 발표한 바 있다.

두 번째는 정신과 환자의 폭력적 행동을 줄이거나 격리와 강박이 아닌 대처방법을 사용하여서 격리와 강박을 줄이고자 하는 것이다.

보고된 연구에 따라서 상반된 결과를 보이기는 하지만 폭력적 행동의 유발요인으로 꼽히는 것들이 병동의 환자과밀, 환자와 의료진간의 인적 비율 등이 있다. 환자의 폭력적 행동에 대한 격리·강박 이외의 대처방안도 여러 가지가 연구되고 보고 된 바 있다. 환자의 불안이나 초조를 수용하고 안정을 취할 수 있는 다감각(muti-sensory) 치료실이나 이완할 수 있도록 특별히 실내가구를 한 방, 문제행동을 조기발견하고 처리하는 프로그램, 강박 위험환자의 발견, 환자 교육, 의료진 교육, 위기대응팀 구성 그리고 모든 강박조치에 대한 일일 점검등으로 구성된 복합적 프로그램 등이 격리와 강박을 줄이는 데 효과적이라고 보고되었다. 특히 의료진에 대한 교육과 훈련은 여러 연구에서 일관되게 격리와 강박을 감소시키는 데 효과가 있다고 보고된 바 있다

2. 격리와 강박을 시행할 경우 안전 확보와 인권침해방지를 위한 해외 지침

-2015년 보건복지부 발행 정신건강사업안내의 격리 및 강박지침과 비교-

격리 및 강박 조치를 시행할 때 명문화된 지침서가 필요한 이유는 몇 가지로 나열할 수 있다. 첫 번째는 폭력적 행동을 보이는 환자 및 병동의 다른 환자 그리고 의료진의 안전을 충분히 확보하고 두 번째는 이런 시행과정이 환자의 인권을 침해하고 환자에게 외상으로 남을 여지를 최소화하고 세 번째는 격리 및 강박조치가 치료진의 편의를 위해 남용되는 것을 억제하기 위해 치료진이 용이하게 하기 어렵도록 만드는 것 등이라 할 수 있다.

격리와 강박의 적응증은 국내에 비해 해외가 단순하다. 즉 상기 기술한 유럽평의회 백색보고에 밝힌 대로 격리와 강박은 폭력적 행동에 대해 다른 조치가 다 실패한 후 "최후의 수단"으로서만 사용할 수 있도록 되어있다. 미국 의료보험 및 의료부조 서비스 센터 2008년10월 지침서에서도 환자나 의료진 및 타인에게 긴급한 신체적 안전을 위해서만 사용하여야 하며 의료진의 강압, 규칙, 편의, 보복의 목적으로 강박과 격리는 사용할 수 없다고 규정되어 있다. 호주의 경우에도 강박과 격리가 처벌이나 위협, 환자의 치료, 또는 의료진의 부족 등의 목적으로 사용을 금하고 있다.

격리와 강박의 명령은 뉴욕주의 경우 의사의 서명이 포함된 서면 명령이 반드시 있어야 한다. 만약 상황이 급박하여서 의사의 구두 명령에 의해 격리·강박이 실시될 경우에는 의사는 30분 이내에 환자와 직접 면담을 하고 서면으로 명령을 작성해야 한다. 강박시간은 호주나 미국 뉴욕주 모두 한 번 명령으로 성인의 경우 4시간을 초과 할 수 없으며 만일 이를 초과할 경우에는 의사가 환자를 진찰한 이후 새로운 명령을 서면으로 작성하여야만 하도록 규정하고 있다. 미국의 경우 서면명령을 계속 새로 낼 경우에도 24시간 이상은 할 수 없으며 만일 24시간 이후에도 환자가 위험하다고 판단이 될 경우에는 다른 의사가 환자를 면담 및 평가 한 이후에 추가의 명령을 내릴 수 있다.

격리실도 잘 설계되지 않았을 경우 환자가 불필요한 심리적 고통이나 불안을 야기할 뿐만 아니라 자살이나 자해를 유발 할 수 있기 때문에 실제 제작단계에서부터 세심한 주의가 필요하다. 미국의 경우 정신건강 시스템 국가 협회에서 제정한 행동건강 시설의 환경제작 지침에서 격리실의 적절한 크기, 조명, 벽면의 재질, 가시성의 확보 등에 대한 규정을 제시하고 있다.

미국이나 호주 모두 강박의 도구로서 위원회의 심사를 거친 것만을 사용하도록 하고 있으며 천이나 가죽으로 이루어진 강박도구를 사용토록 하고 수갑이나 쇠사슬 그리고 환자의 입부위를 막는 어떤 형태의 행위도 금하여서 질식의 위험을 최소화하고자 하였다.

무엇보다도 국내 격리 및 강박지침은 해외에 비해 양적인 측면에서 현격한 차이가 난다. 현행 보건복지부 격리 및 강박지침은 격리 및 강박시행일지 양식을 포함하여 모두 3 쪽으로 구성되어 있다. 하지만 해외의 경우 미국 뉴욕주 정신건강사무국 강박 및 격리지침서는

총 26쪽이며, 호주 보건부가 발행한 정신건강시설의 공격성, 격리 및 강박 지침은 59쪽에 달한다. 해외의 경우에는 지침서의 배경, 목적, 법적 책임문제, 의료진에 대한 교육, 격리와 강박조치로 인한 위험성, 폭력적 행동에 대해 격리 및 강박조치전에 할 수 있는 제반 조치 등을 포함하여 종합적이고 광범위한 내용을 지침서에 포함시키며, 이를 의료진에게 충분히 주치하도록 규정하고 있으며 실제 지침서 자체가 하나의 교재로 기능하도록 되어 있다는 점이 국내 지침서와 큰 차이를 보여준다.

제3장. 정신병원 격리·강박시설 현장조사 결과

1절. 현장조사 대상과 방법

현장조사는 예비조사를 포함하여 2015년 5월부터 8월까지 진행하였다. 현장조사 대상에 포함된 정신병원은 국립정신병원 3개, 공립정신병원 2개와 사립정신병원 17개로 총 22개 정신병원이었다. 조사대상 정신병원 소재지는 인천 경기 10개, 서울 3개, 대구 경북 3개, 광주 전남 3개, 충남 2개, 강원 1개의 지역별 분포를 보였다.

현장조사를 위해 조사대상 정신병원에 격리·강박 관련 자료 제출을 요청하였다. 제출을 요청한 자료는 정신병원 기초현황. 의료인력 현황, 입원환자 현황, 격리·강박 현황 등으로, 연구진은 보내온 자료를 분석 숙지한 후 현장조사에 착수하였다.

현장조사는 전체 병동 조사를 원칙으로 하였고 두 팀으로 나누어 진행하였다. 한 팀은 격리실 시설과 강박도구 관련 체크리스트로 조사하였고 다른 한 팀은 격리·강박 수행관련 자료를 열람하고 격리·강박 사례를 분석하였다.

정신병원 자료열람은 전체 폐쇄병동에서 진행하였으며 열람 내용은 병원 종사자 인력현황표 입원환자현황(비자의입원율 등) 격리·강박 관련 병원 내부규정 및 매뉴얼, 전년도 격리·강박 통계, 격리·강박 환자 진료기록, 격리·강박 일지, 격리·강박 장부 등이었다.

격리실 시설조사는 폐쇄병동의 격리실 전수 조사를 원칙으로 하였고 시설조사를 위한 체크리스트에는 격리실 수, 격리실 위치, 격리실 크기, 격리실 내부시설물, CCTV 여부, 강박도구 등의 내용을 포함하였다.

2절. 정신병원 격리·강박 시설 및 운영에 관한 현장조사 결과

1. 정신병원의 폐쇄병동 비율이 높을수록 다인실 비율도 높은 것으로 나타났다. 과밀한 병원 환경 개선을 위해 폐쇄병동을 줄이고 개방형으로 변환 필요성이 있겠다.

2. 정신병원 정신과 의사와 간호사 수가 필요인력에 미치지 못한 사립병원 3개의 폐쇄병상 비율은 90%로, 폐쇄병동 비율이 높을수록 의료인력의 부족 현상이 동반하고 있었다. 특히 의료 인력의 부족은 환자 관리에 있어서 환자의 감정이나 행동 관련 문제 발생 시 쉽게 격리·강박으로 이어질 위험성이 있을 것으로 보여서 인력 구조의 현실화가 격리·강박 방지에 필요할 것으로 보인다.

3. 정신병원 환자의 비자의 입원 비율과 6개월 이상 장기입원 비율은 비례하는 것으로 나타났으며 특히 시장군수에 의한 비자의 입원이 많은 공립병원의 경우 장기입원으로 연결되고 있음을 알 수 있었다.

4. 격리·강박 시설현황

가. 격리실 위치와 면적

개방형 간호사실(병동과 간호사실 사이에 유리칸막이가 없음)의 조건을 갖추고 있는 병원은 주로 국공립병원이었고 사립병원 중 한 곳에서 개방형 간호사실로 운영하고 있었다. 격리실 위치는 반드시 간호사실 내부에 위치해야 할 것이나 외부에 위치할 경우, 병동과는 독립적인 공간을 확보하여 병동 내 타 환자들이 관찰창을 통해 들여다보는 일이 없도록 해야 할 것이다.

나. 격리실 내부시설

격리실 면적은 적어도 5.0㎡이상 유지하고 벽면은 충격완화를 위해 쿠션 부착은 반드시 필요하다. 격리실 내 외부 환풍창을 설치하고, 관찰창은 일부 간유리 또는 블라인드를 설치하여 환자의 사생활권을 보호해야 한다. 격리실 내 침대 높이는 50cm이하로 제작하고 수면 등을 설치할 필요가 있다. CCTV는 사생할권 고려하여 간호사실 내부에 위치할 경우 부착하지 않도록 하고 화장실은 간호사실 내부 또는 격리실 내부에 위치하도록 한다.

다. 강박도구

강박도구로 유도띠만 사용하는 병원이 4개였는데 유도띠의 사용은 피부손상 방지를 위해 최소화해야 할 것이다. 또한 강박도구에 심한 소변냄새 나는 경우가 5개 사립병원에서 확인되었다. 강박도구는 사용 후 청결상태를 유지해야 할 것과 보관시 1회 사용분을 개별 포장 보관하여 필요시 신속하게 사용할 수 있도록 한다. 강박복 착용 시에는 안전에 유의하고 병실에나 복도에 방치하지 않아야 할 것이다 강박도구는 국공립병원에서 사용하는 자석부착 강박 도구가 탈부착이 간편하고 안전한 것으로 확인되었다.

라. 국공립병원이 사립병원에 비해 격리·강박 시설 및 도구에서 월등히 우수하였다. 폐

쇄병상의 비율이 낮고, 인력현황이 양호할수록, 격리실 시설과 도구 현황도 양호한 것으로 나타났다. 반면 폐쇄병상의 비율이 높고, 인력 현황이 미흡한 경우 격리·강박시설과 강박도구 현황도 역시 미흡한 것으로 나타났다.

5. 격리·강박 자료

기간별 격리·강박 환자 통계를 즉시 확인할 수 있는 경우는 격리·강박 명부를 작성하고 있는 사립병원 3개과 EMR 체계를 갖춘 5개 병원이었다. 특히 격리·강박을 최소화하기 위한 노력을 하는 경우는 사립 1개 병원으로 '신체적 제한 최소화위원회'를 운영하고 있었다. 그 외 대부분의 병원에서 격리·강박에 대한 통계를 파악할 수 없었다.

6. 격리·강박 수행

조사대상 22개 병원 모두 격리·강박 일지를 작성하고 있었고 각 병원에서 각각 개발한 양식에 맞춰 기록하고 있었으나 표준화할 필요가 있을 것으로 보인다. 대부분 강박 시 활력징후(v/s) 체크 간격은 15분~1시간, 격리 시는 30분~4시간이었으나 1개 병원에서는 격리 중에 체크하지 않는 곳도 있었다.

조사대상 병원 중 최대격리시간은 조현병환자에서 수분과다섭취로 인한 456시간이었고 최다수 격리횟수는 입원 중 33회였다. 현 보건복지부 격리·강박 지침에는 최대격리시간과 횟수에 대한 내용이 없어서 향후 최대격리 시간과 횟수에 대한 제한과 그 이상이 필요한 경우, 특별 체계가 마련될 필요가 있다.

최대강박시간은 14시간이었고, 알콜의존환자가 입원한 경우 격리실은 집중치료실(PICU)의 용도로 사용되고 있었고 보통 10시간 이상 강박하기도 하였다.

강박시행인원이 2명인 경우가 있었으며 환자와 의료진 모두의 안전을 위해 최소 4명이 인원이 필요할 것으로 보인다.

7. 격리·강박 발생원인

격리·강박 일지를 열람 조사하여 각 병원별로 격리·강박 발생 이유를 확인하였다. 주된 격리·강박의 사유는 행동제한요법이 필요한 경우, 자타해 방지, 치료환경 저해 경우, 본인 스스로 원하는 경우였는데 그 범주가 너무 광범위해서 사소한 원인들도 모두 격리·강박을 적용할 수 있게 하였다. 특히 행동제한요법이나 치료환경저해 등은 빈번한 격리·강박의 원인이 되고 있어서 이에 대한 세부지침이 필요할 것으로 보이며 격리·강박 시작과 해제를 결정한 의사의 소견을 진료기록부에 자세히 기입하도록 함으로써 신중한 격리·강박의 결정을 유도해야 할 것이다. 또한 비자의 입원인 경우, 입원을 납득하지 못해 격한 감정과 행동을 보이는 경우 입원당일부터 격리실에서 시작하는 경우 많았다.

제4장. 정신병원 격리·강박 실태 설문조사 결과

1절. 설문조사 대상자 분포

설문조사는 예비조사를 포함하여 2015년 5월부터 8월까지 진행하였다. 방문조사 대상 정신병원은 국립정신병원 3개, 공립정신병원 2개와 사립정신병원 17개로 총 22개 정신병원이었다. 조사대상 사립정신병원 중 3개소는 300병상 이상의 병원이었고, 나머지 14개는 300병상 미만의 병원이었다.

설문조사를 위해 사용된 설문지는 입원환자용, 직원용(의료인 포함) 2종류였다. 설문조사는 우선 입원환자 중 격리 또는 강박 경험이 있는 환자들을 대상으로 선별하고, 격리 또는 강박 경험이 있는 환자 중에 설문조사 응답이 가능한 인지능력을 가진 환자로 한정하였다. 정신병원 격리·강박 실태조사 기간 종류 후 집계하여 조사 통계에 사용된 설문조사는 환자 424명, 의료인 포함 직원 286명으로 총 710명이다.

2절. 격리·강박 경험 입원환자 실태조사 결과

1. 설문에 응한 격리·강박 경험이 있는 입원환자의 경우 80.6%가 비자의 입원이었고, 57.5%가 의료보호 대상자였다. 응답환자의 진단명은 알코올 의존증(33.5%), 조현병(29.7%), 우울증과 조울증(20.0%) 순이었다. 300병상 미만의 사립병원의 경우 46.3%가 알코올 의존증 환자였다.

2. 격리·강박 시설

격리실의 안전과 청결상태의 대한 질문에 환자의 49.4%만이 만족한다고 하였고, 환자의 70%는 격리실에 환자들이 독립적으로 사용할 수 있는 화장실과 세면대가 없다고 하였다. 시설 보완점으로 의료인, 직원, 환자 모두 격리실 내의 화장실 설치와 격리실의 청결이 가장 시급하다고 하였다. 병원별로는 국공립정신병원에 비해 사립정신병원 환자의 격리실 안전과 청결상태에 대한 만족도가 낮았다.

3. 격리·강박 이유와 절차

환자들은 '격리 또는 강박을 당한 이유'를 주로 타해(27.8%)와 병동 규칙 위반(24.9%)이라고 응답했고, 30.9%만이 격리·강박의 이유를 주치의나 당직의사가 매번 설명했다고 응답했다. 반면 의료인과 직원들은 격리·강박의 이유로 타해(68.1%), 자해의 위험(25.3%), 규칙

위반(4.9%)이라고 응답했고, 96.1%가 격리·강박의 이유에 대한 설명 절차를 준수했다고 응답했다.

4. 격리·강박 중 발생하는 인권침해

가. 최대 격리·강박 시간

환자의 19.3%가 최대 격리 시간이 '1일 이상'이라고 응답했고, 21.8%는 최대 강박 시간이 '13시간 이상'이라고 응답했다. 의료인과 직원들은 64.3% 격리·강박이 주로 저녁과 새벽사이(18:00~05:00)에 이루어진다고 응답했다.

나. 과도하고 빈번한 격리·강박

환자의 38.3%는 격리·강박이 본래의 목적보다 과도하고 빈번하게 시행되고 있다고 하였다. 과도한 격리·강박이 일어나는 원인으로는 '처벌 목적으로 시행'(30.7%)이 가장 많았고 다음으로 '의료인, 직원의 부족'(20.8%), '의료인, 직원의 자의적 시행'(17%)이라고 하였다.

반면 의료인과 직원의 설문결과를 보면 1.4%만이 격리·강박이 본래의 목적보다 과도하고 빈번하게 시행된다고 응답했다. 그러나 응답자의 71%는 격리·강박을 시행할 때 '과실과 법적책임'에 대한 부담을 느낀다고 하였다. 과도한 격리·강박이 일어나는 원인으로 '의료인과 직원의 인력 부족'(46.2%)이 가장 많았고, 다음으로 '의료인의 인식과 관심 부족'(18.5%), '의료인과 직원의 자의적 시행'(9.2%)이라고 하였다.

환자들은 의료인·직원과 달리 격리·강박의 이유를 주치의나 당직의사가 매번 설명하지 않는 상태에서, 격리와 강박이 치료 목적보다는 처벌의 목적으로 자의적으로 시행된다고 인식하고 있다.

국공립정신병원에 비해 사립정신병원 환자들에서 격리·강박의 주된 이유가 규칙 위반이라는 응답과 격리·강박이 과도하고 빈번하게 시행된다고 응답한 비율이 상대적으로 높았다. 또한 격리·강박의 발생이 근무인원이 비교적 적은 야간시간대에 주로 이루어지는 것으로 나타났고 이는 과도·빈번한 격리·강박이 의료인과 직원 등 인력문제와 연관이 있는 것으로 보인다.

다. 격리·강박 수행 인원수

환자들의 22.6%는 1명의 직원에게 격리·강박을 당하였다고 하였고, 환자의 23.5%와 의료인·직원의 11.3%는 동료환자들이 격리·강박 수행에 참여했다고 응답했다. 이는 격리·강박중 환자의 안전과 사생활 보호권리가 심각하게 침해되고 있는 것을 보여준다. 의료인·직원들은 환자와 직원의 안전을 위해서 적정한 격리·강박 수행 인원수가 3.6명이라고 하였다. 현

재 보건복지부의 정신장애 환자에 대한 '격리 및 강박 지침'에는 2~3명의 강박시행 인원을 규정하고 있으나, 환자와 직원의 안전을 위한 강박을 위해서는 4명 이상이 필요함을 보여준다.

라. 격리·강박 환자 모니터링 : 의사의 입회, 화학적 강박

환자의 43.8%가 격리·강박 후 의사가 관찰 안했거나 모른다고 응답하였고, 환자의 62.5%가 중 환자에 대한 모니터링이 잘 시행되지 않거나 모른다고 응답했다. 반면 의료인과 직원의 98.9%는 격리·강박 중 환자에 대한 모니터링이 시행되고 있다고 응답하였다. 그러나 62.9%는 격리·강박을 시행할 때 의사의 입회 규정이 필요하다고 응답하였다.

약 30% 환자들은 격리·강박 시 화학적 강박으로 인해 수면상태에 있기 때문에 의사가 관찰했는지, 모니터링이 잘 시행되는지 여부를 알 수 없다고 하였다. 실제로 의료인과 직원의 80%는 화학적 강박을 시행하고 있다고 응답하였다.

마. 격리·강박 중 신체적 피해

환자의 21.8%가 격리나 강박 중 신체적 부상을 입은 적이 있다고 답하였다. 대부분의 정신병원에서 유도복·태권도복 띠를 강박도구로 사용하기 때문에 손목과 발목, 어깨와 겨드랑이에 멍이 든 환자가 많았고, 일부는 격리·강박 과정에서 부상을 당하였다.

바 격리·강박 중 인권침해

격리·강박 과정에서 부당한 인권침해에 대해서 환자들은 '설명 없는 격리·강박 시행'(30.2%), '격리·강박 중 환자 존엄성 침해(기저귀 착용 등)'(20.6%), '욕설, 심리적인 인격훼손'(16.3%), '격리·강박과정에서 과도한 신체적 폭력'(15.9%), '격리·강박 중 부당한 음식제공 거부'(9.1%), '성희롱·성폭력'(4.7%) 등으로 응답하였고, 의료인과 직원의 경우, '격리·강박 환자에 대한 과도한 신체적 압박'(21.4%), '격리·강박 중 환자 존엄성 침해(기저귀 착용 등)'(18.6%), '편의·처벌 목적으로 시행'(17.2%), '설명 없는 격리·강박 시행'(14.7%), '욕설, 심리적인 인격 훼손'(11.7%) 등으로 응답하였다. 환자들은 설명 없는 격리·강박 수행을 가장 부당하게 여겼고, 의료인과 직원들은 환자에 대한 과도한 신체적 압박을 가장 우려하였다.

충분한 설명이 없는 또는 환자의 동의와 이해를 구하지 않는, 편의·처벌의 목적으로 시행되는 격리·강박은 환자의 존엄성을 침해하고, 언어적·신체적·성적 폭력을 야기하고 있다고 볼 수 있다.

5. 격리·강박 시설 및 운영 관련 개선안

가. 격리실 시설 보완 : 화장실, 청결, 보호벽 등

환자와 의료인·직원들은 격리실 시설 보완점으로 '독립적으로 사용할 수 있는 화장실', '청결 관련 시설 보완', '격리실 벽 등에 보호시설 설치', '냉난방 시설 보완', '호출벨·인터폰 설치'를 제안하였다.

나. '격리 및 강박 지침' 준수 : 의사 지시에 따른 시행, 이유 설명 등

의료인·직원들의 98.6%는 '격리 및 강박 지침'을 알고 있다고 답하였고, 98%이상이 모든 지침에 따라 격리와 강박이 시행되고 있다고 하였다. 그러나 환자의 78.8%는 보건복지부의 정신장애 환자에 대한 '격리 및 강박 지침'에 대해 모른다고 하였고, 지침 중에서는 '주치의 또는 당직의사의 지시에 따른 시행'(79.2%), '격리 및 강박 이유에 대한 설명'(52%), '치료진이나 병동편의 및 처벌을 목적으로 시행(51.2%)', 'vital sign 등 점검(55.3%)', '혈액순환, 자세변동, 대소변 허용, 음료수 공급(50.7%)' 등이 잘 지켜지지 않는다고 응답하였다. 그리고 의료인·직원들의 77.8%와 환자의 47.3%가 보건복지부의 '격리 및 강박 지침'이 충분한 내용을 담고 있다고 응답하였다.

우선 병원에서는 환자의 권리 교육으로서 '격리 및 강박 지침'을 환자들에게 인지시키고, 의료인과 직원에게 이를 준수할 수 있도록 강조하는 것이 필요하다. 다음으로 보건행정 당국은 '격리 및 강박 지침'을 준수 여부에 대한 관리를 철저히 하고, '격리 및 강박 지침'을 더욱 구체적으로 보완하여야 할 필요성이 있다.

다. 인권보호를 위한 개선사항 : 차별의식 개선, 국가의 지원 강화

정신장애인의 인권보호를 위해 환자들은 '정신장애인에 대한 차별의식 개선'(45.7%), '정신장애 환자와 가족에 대한 국가의 지원 강화'(21.9%), '법적 제도적 보호 규정, 지침 강화'(12.7%), '의료인의 적극적인 자세와 노력'(10%), '보건행정당국의 관리 철저'(7%)이 우선되어야 한다고 응답했고, 의료인과 직원들은 '정신장애인에 대한 차별의식 개선'(57.5%), '적정한 의료 인력의 확보'(19.8%), '정신장애 환자와 가족에 대한 국가의 지원 강화'(8.1%), '재정과 예산 투자'(5.9%), '법적 제도적 보호 규정, 지침 강화'(3.7%), '의료인의 적극적인 자세와 노력'(3.7%), '보건행정당국의 관리 철저'(1.5%)가 우선되어야 한다고 응답하였다.

정신장애인의 인권보호를 위해 법적 제도적 보호규정과 지침 강화, 의료인의 적극적 자세와 노력, 재정과 예산의 투자가 시급하지만, 중장기적으로 국가는 정신장애인들이 안전한 환경에서 치료받고 재활할 수 있도록 지원하고, 사회에서는 정신장애인에 대한 편견과 차별의식의 개선이 무엇보다도 중요하다는 것이 환자와 의료인·직원과 공통된 의견이다.

제5장. 정신병원 격리·강박 실태 포커스 그룹 인터뷰 조사 결과

1절 참여자 구성과 진행 과정

정신병원 입원 중 격리·강박과 관련한 실태를 파악하고 적절한 정책적 제안 및 권고를 도출하기위해 설문조사와 함께 질적 조사연구방법으로 포커스그룹 인터뷰(FGI) 방식을 택하였다. 설문조사를 시행한 6개의 정신병원에서 환자그룹과 직원그룹으로 구분하여 각각 독립된 장소에서 인터뷰를 진행하였다.

환자대상 인터뷰 참여자는 환자설문조사를 하는 중 진행자가 최근 격리·강박의 경험이 있는 환자를 선정하여 동의를 구한 후 결정하였다. 면담은 참여자들이 심리적 안정감을 위해 병원직원의 개입이 없는 병원 내 조용한 장소에서 진행하였다. 진행자는 환자의 시각에서 격리·강박이 발생하는 상황과 동의 여부, 격리·강박 과정에서 문제점, 시설의 문제점, 개선 방안 등 3~4가지 핵심질문을 중심으로 환자의 의견을 청취하면서 진행하였다.

직원대상 인터뷰 참여자는 직원설문조사 후 정신병원이 협조를 구해 의사, 간호사, 보호사 등 4~5명으로 포커스그룹을 구성하였다. 진행자는 정신병동에서 격리·강박이 발생하게 되는 상황과 이유들, 격리·강박 수행 중 문제점들, 시설이나 강박도구의 진단, 개선방안 등 3~4가지 핵심질문을 중심으로 참여자들의 이야기를 청취하면서 진행하였다.

2절. 포커스 그룹(환자/병원 직원) 인터뷰 결과

1. 격리·강박 발생 원인

격리·강박의 발생 원인에 대해 환자들은 환자들간의 다툼, 의사·간호사·보호사들과의 갈등, 가족관계 문제 등을 원인으로 꼽고 있다. 그리고 이러한 표면적인 이유 외에 현재 정신병원 시설의 낙후함, 인력 부족, 치료진·직원들과의 소통과 이해의 부족이라는 구조적 원인도 지적하고 있었다. 그 결과 격리·강박이 벌어지는 현장에서 치료 목적이라기보다 병실 내 질서유지, 병원 운영의 편의성 등을 앞세워 환자 통제와 처벌 목적의 격리·강박이 발생하고 있다고 주장하고 있었다.

반면 의료인들은 정신병원에서 격리·강박이 발생하는 주된 이유로 입원 중 활성기 증상으로 인해 폭력적 행동을 보이거나 비자의입원 절차를 밟은 신환 중에 입원을 받아들이지 못해 폭력적 행동을 하는 경우라고 했다. 때로 환자 스스로가 자기감정 조절을 위해 요청하는 경우도 있고 치료환경을 위해서 대부분 도움이 되었다고 하며 긍정적으로 평가하고 있었다. 의료인들은 환자가 격리된 후 응급상황을 벗어나면 강박의 필요성이 없으나, 흥분이나 충동을 행동으로 옮길 때는 강박이 필요하고 하였다. 또한 강박의 경우, 화학적

강박(주사처치)을 먼저 시행하고 나서 신체적 강박을 하는 것이 환자나 의료진의 안전을 위해서 필요하다고 하였다.

2. 격리·강박 중 인권 침해 및 피해

환자들은 격리·강박 과정에서 다양한 인권침해 사례를 호소하고 있었다. 심층 인터뷰 과정에서 격리실의 위생 환경, 용변 처리 과정에서의 수치심 발생과 CCTV로 인한 사생활 침해, 지나친 강박으로 인한 신체 부상, 불필요한 강박, 직원들의 격리·강박 위협 등 다양한 인권침해 주장이 제기되었다.

의료인들은 흥분상태의 환자를 강박하는 과정에서 직원들이 환자로부터 맞거나 안경이 깨지는 등 신체적 부상을 당한다고 하였다. 격리실의 안전장치 미비로 격리만으로도 충분한 경우가 강박으로 이어지는 경우도 있었다. 시설을 제대로 갖추는 것이 강박을 줄일 수 있다는 점에 대부분 동의하였으나 간호사실 안에 격리실이 있는 것이 환자의 안전과 인권에 주요한 부분을 인식하지 못하는 직원도 있었다.

3. 격리·강박 문제점 개선안

현행 격리·강박 실태에서 발생하는 문제점을 개선하기 위한 방안도 다양하게 제안되었다. 환자들은 무엇보다 치료진, 병원 직원들과의 소통과 이해를 가장 중요하게 여기고 있었다. 특히, 직접 치료를 담당하는 의사들과의 정기적이며 충분한 진료 상담을 요구하는 경우가 많았다. 그 외 부족한 병원 인력의 충원, 병원 치료프로그램의 다양화, 격리·강박 시설 환경 개선, 환자 교육 등을 개선방안으로 지적하고 있었다.

격리·강박은 환자, 의료인 모두에게 스트레스를 주고 있었다. 의료인들의 경우도, 격리·강박을 줄이거나 안전한 강박이 되기 위해서는 양질의 인력과 충분한 인력이 필요하며, 인력구조의 현실화를 위해서는 낮은 급여구조, 스트레스지수가 높은 근무환경 등이 원인이 되는 잦은 이직을 해결해야한다고 생각하고 있었다. 적은 인력과 낮은 급여는 의료수가와 연결되어 있었다. 정신과에만 차별적으로 적용되는 급여환자의 정액제도가 폐지되어야 한다고 하였다. 또한 만성기 환자와 급성기 환자의 의료 수가가 똑같이 적용되고 있는데 급성기 환자의 경우 처치가 많이 들어감에도 불구하고 수가로 반영되지 않기 때문에 격리·강박과 같은 비교적 손쉬운 치료방법이 선호되기도 한다.

의료인들은 비자의입원을 비롯한 제반 입원을 줄어야 하는 것도 격리·강박 방지에 한 방법이라고 하였다. 특히 비자의 입원일 경우, 입원 중 치료에 비협조적이어서 격리·강박으로 이어질 위험성이 높기 때문이다. 그러나 의료진이 입원에 비협조적인 환자와 면담을 통해 입원의 필요성을 이해시킨다면 입원초기의 격리·강박은 피할 수 있어서 치료순응도도 좋아질 수 있을 것이라고 하였다.

또한 교육이나 민원, 모니터링, 인권마인드 증진 등을 통해 과거에 비해 강박의 빈도와 시간은 줄어가고 있는 것으로 나타났다 그러나 의료인들은 수가문제에 대한 정책이나 예산 책정과 같은 상부차원의 문제 해결 없이 시설이나 인권마인드만으로 격리·강박의 문제점을 해결하기는 어렵다고 하였다

의료인들은 입원 초기에 강박을 하면 치료에 부정적 영향을 미친다는 점에 대부분 동의하고 있었다. 특히 초진 환자의 경우, 격리·강박의 경험은 이후 환자의 치료 순응도를 현저하게 저해하기 때문에 주의를 요한다. 비자의입원의 경우 환자가 흔히 입원과 치료를 거부하기 때문에 입원 초기에 격격리·강박과 연결될 수 있으며 이를 방지하기 위해서는 입원 전 환자가 충분히 입원의 필요성을 갖도록 도와주는 것이 중요하다고 하였다.

의료인들은 초기 급성기 환자는 정신과집중치료실에서 단기간 입원 후 안정되면 중간단계병동으로 그 후 퇴원준비병동에서 치료받는 방식의 병실체계로 운영되어야 하며 의료수가를 각 병동마다 처치 내용에 맞게 현실적으로 적용한다면 급성기 환자의 격리·강박이 예방될 수 있다고 하였다.

격리실의 안전장치 또한 강박을 예방하는 조건이 될 수 있다고 하였다. 환자에게 격리의 경험과 강박의 경험은 매우 큰 차이라고 할 수 있는데, 격리실의 안전장치 미비로 인해 격리만으로도 충분한 경우에 강박으로 이어지는 경우가 많았다. 우리나라 보건복지부 지침에는 격리 시설에 대한 지침이 없어서 격리실의 적절한 크기, 조명, 벽면 완충장치, 가시성의 확보 등에 대한 규정이 필요한 시점으로 판단된다. 또한 강박과정에서 환자와 의료진 모두의 안전을 위해서는 강박에 걸리는 시간이 짧아야 하고 이를 위해서는 충분한 강박 인원으로 4명 이상이 필요한 것으로 나타났다. 현행 보건복지부 지침의 2-3명의 격리·강박인원은 수정되어야 할 것으로 보인다.

제6장. 결론 - 개선방안 및 국가인권위원회의 역할

1절. 격리·강박 과정에서 환자 인권 보장을 위한 방향과 원칙

격리·강박 과정에서 인권보장의 개선을 위한 방향과 원칙은 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫 번째로는 유럽연합이나 미국연방정부에서 이미 천명하였듯이 격리와 강박은 이제 치료적 방법으로 여길 수는 없으며 환자와 의료진의 안전이 심각하게 위협 받을 때 다른 수단과 방법을 모두 사용해 본 후 어쩔 수 없이 사용할 수 있는 최후의 수단으로 명백하게 규정되어야 할 것이다.

두 번째는 격리와 강박을 필요로 하는 상황을 줄이는 방법 즉 사전 예방할 수 있도록 하는 데 주안점을 두어야 한다는 것이다. 환자와 의료진과의 소통부족, 병동의 과밀도 해소, 환자와 의료진의 비율의 향상, 의료진에 대한 지속적인 사전교육 등 환자들이 분노하고 폭력적인 행동을 하지 않도록 하는 사전적 조치가 보다 더 근원적인 해결방책이라 할 수 있다.

세 번째, 정신장애에 대한 낙후된 사회적 인식을 비롯해 비자의적 입원의 빈발, 장기입원, 치료보다는 수용위주의 정신보건정책 등 제반 정신보건환경의 전체적 개선노력도 부단히 지속되어야 한다.

네 번째, 전체적 시각에서 신중한 개선노력이 경주되어야 할 것이지만 동시에 현재 당장 해소 및 개선 가능한 문제점은 조속히 시행되어야 할 것이다. 각 정신시설에서 시행되는 횟수, 시행시간과 같은 최소한의 실태에 대한 지속적인 보고와 모니터링, 보다 구체적이고 엄격한 격리·강박 지침서의 개발과 같은 현실에서 빨리 시행 가능한 일부터라도 조속히 시작하는 것이 필요하다.

2절. 최우선 개선 과제

1. 정신과 입원시설에서 매월 행하고 있는 격리·강박의 실태를 담당 행정기관에 보고토록 함으로써 행정기관이 그 현황을 모니터링하도록 하고 분기별로 전국의 격리·강박 현황에 대한 통계를 개별 정신의료기관에 통지하도록 한다.

2. 환자의 인권보호와 안전 확보를 위해 격리시설 및 강박도구에 대한 최소한의 규정은 시급히 마련해야 할 것이다. 그 내용으로는 시설의 크기에 대한 규정, 벽면의 재질, 통풍 및 적정온도 유지, 의료진이 상시적으로 감독할 수 있는 시야 확보 및 동시에 환자의 인권보호를 위해 다른 환자들로부터의 독립성의 확보, 강박도구의 재질, 강박시행 시 환자의 자세 등이 포함되어야 할 것이다.

3. 모든 정신과 입원시설은 격리·강박 최소화를 위한 위원회를 설치하여서 주기적 격리·강박 수행과정 및 현황에 대해 검토하고 이를 줄일 수 있는 방안을 논의토록 한다.

4. 격리·강박에 관한 처방은 의사만이 명령을 할 수 있도록 하며, 격리·강박 명령은 매번 시행 될 때 마다 새롭게 처방 내지 명령을 하고 이를 서면으로 남기도록 해야 한다. 격리·강박 진료기록부도 의사가 기재하는 것을 의무화하는 것이 필요할 것으로 보인다.

3절. 중장기 개선 과제

1. 격리와 강박을 줄이기 위해서는 결국 정신질환에 대한 공공적 성격의 지역사회 정신보건 인프라의 확충 및 접근성 제고가 가장 먼저 고려되어야 할 것이고, 현행의 시설을 기반으로 하는 입원치료라는 제한적인 방식이 아니라, 지역정신보건센터와 같은 열려있는 외래중심의 치료가 보다 더 활성화 될 필요가 있다.

2. 격리·강박의 사고위험성 및 법적 문제, 인권침해가능성, 격리·강박이 환자에게 미치는 영향, 실제 격리·강박의 적응증, 모범적 시행과정 등에 대해 해당 의료진에게 최소 1년에 1회 이상은 교육이 이루어 져야 하며 이를 위한 교육 자료를 정신건강의학과 전문의, 변호사 등 해당 전문가 및 인권위가 같이 개발하는 것이 필요하다. 또한 이를 교육의 시행은 정신과 입원시설의 이익과는 상관없는 기관에서 주관하는 것이 바람직할 것이다.

3. 격리·강박을 최소한 해야 된다는 전제 하에서 격리·강박의 적응증, 위험성, 법적 문제, 인권침해 가능성, 환자에게 미치는 정신적, 신체적 영향, 강박도구, 시설규정, 시행과정에서 인력, 방법, 격리·강박을 사전 예방하는 방법 등을 망라한 지침서가 전문가 및 해당 행정기관의 주관 하에 개정되어야 할 것이다. 또한 격리·강박 시설규정 및 인원확보 등을 정신과 입원시설 인증평가기준에 포함하여 이를 시행을 독려하도록 하는 방안이 필요하다.

4. 격리·강박 관련 법령의 개정이 필요하다.

정신보건법에서 격리·강박의 구체적 적용범위, 즉시설명의무, 해제 여부에 대한 검토 및 환자의 상태 확인에 대한 시한 설정, 격리·강박의 허용가능시간, 격리·강박절차 및 방법을 규정하고, 이를 위반한 경우에 대한 벌칙규정도 신설하여 격리·강박에 따른 신체의 자유 침해를 최소화하고 적법절차가 준수되도록 하여야 한다.

현행 정신보건법 상 입원환자 '60인당 정신과전문의 1인, 입원환자 13인당 간호사 1인, 입원환자 100인당 전문요원 1인' 등의 의료인력 기준은 OECD 주요 국가들의 기준에 훨씬 못 미치는 수준이다. 의료인력 기준을 선진국 수준으로 강화하여 통제나 감시를 위하여 격리·강박이 남용되는 일을 최소화시켜야 한다.

현행 격리 및 강박 지침은 행정부 내부의 직무규칙에 불과하기 때문에 일반 국민에게는 법적 효력을 갖지 못한다. 또한 이 지침은 오히려 치료 프로그램이나 병실 환경을 훼손할 우려가 있는 경우나 과도한 자극을 줄여줄 필요가 있는 경우에도 격리·강박을 시행할 수 있다고 하여 모법의 적용기준보다 광범위하게 범위를 정하도록 하여 정신보건법의 적용원칙을 훼손하고 있다.[5] 따라서 격리·강박에 관한 사항은 복지부의 내부지침으로 정할 것이

아니라 정신보건법의 위임범위 내에서 시행령으로 규정하도록 할 필요가 있다.

아울러 노인요양보호사의 경우에 준하여 정신병원 보호사도 240시간의 교육을 이수하거나 간호사·간호조무사 또는 사회복지사 자격을 취득할 것을 요건으로 할 것을 법에서 규정할 필요가 있다.

4절. 국가인권위원회의 권고

1. 정신보건법령의 개정

격리·강박 최소화 원칙에 입각하여 현행 정신보건법 상 격리·강박 수행의 요건과 절차, 방법, 최대 허용시간, 위반 시 벌칙 규정 등을 보완, 강화하고 정신병원 의료 인력의 적정 기준을 새롭게 마련하는 방향으로 해당 법 개정을 권고하여야 한다.

2. 격리·강박 실태에 관한 정기적인 모니터링

정신과 입원시설에서 시행하고 있는 격리·강박의 실태를 정기적으로 담당 행정기관에 보고하고 해당 행정기관이 그 현황을 지속적으로 모니터링 하도록 한다. 분기별로 전국 정신병원의 격리·강박 현황에 대한 기초 통계를 공개하고, 개별 정신의료기관에 통지하도록 한다. 모든 정신과 입원시설은 격리·강박 최소화를 위한 실행 위원회를 자체 설치하여 자율적인 개선 노력을 지속적으로 한다.

3. 정신의료기관 평가기준 개정

격리·강박 시설규정 및 적정 의료인력 확보 등을 현행 정신과 입원시설 인증평가기준에 포함하여서 그 시행을 독려하도록 하는 것이 필요하다.

4. 국가인권위 내 정신병원 전담팀 설치

국가인권위원회 내부에 정신장애인, 정신병원 전담 단위를 구성하여 격리·강박 등 정신장애인들의 인권침해 문제에 적극 대응하여야 한다. 국가인권위원회는 다양한 정신질환과 정신장애인에 대해 국민들이 정확하고 올바른 인식과 태도를 갖도록 적극 계몽, 홍보하여 정신장애인들의 인권향상에 주도적 역할을 하여야 한다.

---

5) 국가인권위원회, 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서, 2009. 11.

목 차

제1장. 서론 ····· 1

1절. 연구 배경과 목적 ····· 1
2절. 연구 내용과 범위 ····· 4
3절. 연구 방법 ····· 5
4절. 정신병원 격리·강박 관련 국내 연구보고서 검토 ····· 7

제2장. 정신병원 격리·강박 관련 국내법체계와 국제기준 ····· 9

1절. 국내법체계 및 사례 분석 ····· 9
1. 국내법체계 ····· 9
2. 국가인권위원회 진정 사건 결정례 분석 ····· 12
3. 법원 판례 분석 ····· 16
2절. 국제기준 ····· 17
3절. 외국의 격리·강박 지침과 운영실태 ····· 20

제3장. 정신병원 격리·강박 시설 현장조사 결과 ····· 27

1절. 현장조사 대상과 방법 ····· 27
2절. 정신병원 격리·강박 시설 및 운영에 관한 현장조사 결과 ····· 29
1. 일반현황 ····· 29
가. 병원별 폐쇄병상과 다인실 현황 ····· 29
나. 의료인력 현황 ····· 31
다. 비자의 입원과 장기입원 ····· 32
2. 격리·강박 시설 및 도구 현황 ····· 33
가. 격리실 위치, 면적 및 위생 상태 ····· 33
나. 격리실 내부시설 ····· 38

다. 강박도구 현황 ····· 41
라. 종합평가 (격리·강박 시설 및 강박도구) ····· 45
3. 격리·강박 운영 현황 ····· 46
가. 격리·강박 자료 ····· 46
나. 격리·강박 수행 ····· 47
다. 격리·강박 발생 원인 ····· 50
3절. 소결 ····· 54

제4장. 정신병원 격리·강박 실태 설문조사 결과 ····· 57

1절. 설문조사 대상자 ····· 57
2절. 격리·강박 경험 입원환자 설문조사 결과 ····· 58
1. 응답자의 일반적 특성 ····· 58
2. 격리·강박 시설 ····· 61
3. 격리·강박 이유와 절차 ····· 63
4. 격리·강박 중 인권침해 ····· 66
5. 격리·강박 시설 및 운영 관련 개선안 ····· 72
3절. 의료인·직원 설문조사 결과 ····· 76
1. 응답자의 일반적 특성 ····· 76
2. 격리·강박 시설 ····· 77
3. 격리·강박 이유와 절차 ····· 78
4. 격리·강박 수행 중 인권침해 ····· 80
5. 격리·강박 시설 및 운영 관련 개선안 ····· 86
4절. 소결 ····· 89

제5장. 정신병원 격리·강박 실태 포커스그룹 인터뷰 조사결과 ·· 93

1절. 참여자 구성과 진행 과정 ····· 93
2절: 환자 대상 인터뷰 결과 ····· 94
3절. 직원 대상 인터뷰 결과 ····· 99
4절: 소결 ····· 108

제6장. 개선 방안 ····· 111

1절. 격리·강박 과정에서 환자 인권 보장을 위한 방향과 원칙 ····· 111
2절. 최우선 개선 과제 ····· 113
1. 격리·강박 보고 시스템의 구축 ····· 113
2. 격리시설과 강박도구의 표준화 ····· 113
3. 병원 내 격리·강박 최소화 위원회 설치 ····· 113
4. 격리·강박 진료기록부의 의사 기재 의무화 ····· 114
3절. 중장기 개선 과제 ····· 115
1. 비자의 입원의 최소화, 외래 중심 치료체계로의 전환 ····· 115
2. 의료인 교육 ····· 115
3. 격리·강박 지침과 인증평가기준 개정 ····· 116
4. 법 개정 ····· 116
4절. 국가인권위원회의 권고 ····· 119
1. 정신보건법령의 개정 ····· 119
2. 격리·강박 실태에 관한 정기적인 모니터링 ····· 119
3. 정신의료기관 평가기준 개정 ····· 119
4. 국가인권위 내 정신병원 환자인권 전담팀 설치 ····· 119

참고문헌 ····· 121

<부록 1> 현장조사 체크리스트 ····· 125
<부록 2> 설문지. 입원환자용 ····· 139
<부록 3> 설문지. 의료인 직원용 ····· 149
<부록 4> 정신병원 인증기준집(보건복지부, 의료기관평가인증원) ····· 157
<부록 5> 미국 뉴욕주 격리·강박 가이드라인 ····· 165

VOICEYE
voiceye.com

<표 목차>

[표3-1] 현장조사 대상병원 ····· 26
[표3-2] 폐쇄병상과 다인실 현황 ····· 29
[표3-3] 의료인력 현황 ····· 30
[표3-4] 비자의 입원과 장기입원 현황 ····· 31
[표3-5] 격리실 위치와 면적 ····· 32
[표3-6] 격리실 내부시설 ····· 37
[표3-7] 강박 도구 현황 ····· 40
[표3-8] 종합평가 (격리시설 및 도구) ····· 44
[표3-9] 격리·강박 자료 ····· 45
[표3-10] 격리·강박 수행 ····· 46
[표3-11] 격리·강박 발생 이유 ····· 50
[표4-1] 설문조사 대상과 인원 ····· 55
[표4-2] 입원환자, 병원별 참여자 ····· 56
[표4-3] 성별 ····· 56
[표4-4] 거주 지역 ····· 57
[표4-5] 학력 ····· 57
[표4-6] 결혼 여부 ····· 57
[표4-7] 비자의 입원 ····· 58
[표4-8] 비자의 입원 동의 주체 ····· 58
[표4-9] 의료보장 형태 ····· 58
[표4-10] 진단명 ····· 59
[표4-11] 격리·강박장소 ····· 59
[표4-12] 격리실 관찰창 ····· 60
[표4-13] 격리실 안전·청결 ····· 60
[표4-14] 격리실 내 화장실·세면대 ····· 61
[표4-15] 격리 횟수 ····· 61
[표4-16] 강박 횟수 ····· 62
[표4-17] 격리·강박 이유 ····· 62
[표4-18] 격리·강박 이유 설명 ····· 63
[표4-19] 환자의 권리 교육 ····· 63

[표4-20] 최대 격리 시간 ····· 64
[표4-21] 최대 강박 시간 ····· 65
[표4-22] 격리·강박 시간대 ····· 65
[표4-23] 과도·빈번한 격리·강박 ····· 66
[표4-24] 과도·빈번한 격리·강박 원인 ····· 66
[표4-25] 격리·강박 수행 직원 수 ····· 67
[표4-26] 동료환자의 격리·강박 참여 ····· 67
[표4-27] 격리·강박 시 의사 관찰 ····· 68
[표4-28] 격리·강박 환자 모니터링 ····· 68
[표4-29] 격리·강박 중 부상 ····· 69
[표4-30] 격리·강박 중 부상 부위 ····· 69
[표4-31] 격리·강박 중 인권침해 ····· 70
[표4-32] 격리실 시설 보완 ····· 71
[표4-33] 보건복지부 '격리 및 강박 지침' 인지 ····· 71
[표4-34] 보건복지부 '격리 및 강박 지침' 시행 준수 ····· 72
[표4-35] 보건복지부 '격리 및 강박지침'의 적절성 ····· 72
[표4-36] 정신장애인 인권보호를 위해 필요한 점 ····· 73
[표4-37] 의료인·직원 병원별 설문인원 ····· 74
[표4-38] 성별 ····· 74
[표4-39] 직종 ····· 74
[표4-40] 격리·강박 수행 경험 ····· 75
[표4-41] 격리실 관찰창 ····· 75
[표4-42] 격리실 안전·청결 ····· 75
[표4-43] 격리실 화장실·세면대 ····· 76
[표4-44] 병원 자체 '격리 및 강박 시행 규정' ····· 76
[표4-45] 격리·강박 이유 ····· 77
[표4-46] 격리·강박 시 고려 사항 ····· 77
[표4-47] 격리·강박 이유 설명 절차 준수 ····· 77
[표4-48] 최대 격리 시간 ····· 78
[표4-49] 최대 강박 시간 ····· 79
[표4-50] 격리·강박 시간대 ····· 79
[표4-51] 과도·빈번한 격리·강박 ····· 80
[표4-52] 격리·강박 수행 시 과실·법적책임에 대한 부담 ····· 80

[표4-53] 격리·강박 시 의사 입회 의무 규정 ····· 80
[표4-53] 과도·빈번한 격리·강박 원인 ····· 81
[표4-54] 환자의 격리·강박 참여 ····· 81
[표4-55] 격리·강박 시 환자에 대한 모니터링 시행 ····· 82
[표4-56] 격리·강박 시 화학적 강박 시행 ····· 82
[표4-57] 격리·강박 중 인권침해 ····· 83
[표4-58] 격리·강박 수행 시 어려움 ····· 83
[표4-59] 격리실 시설 보완 ····· 84
[표4-60] 보건복지부 '격리 및 강박 지침' 인지 여부 ····· 85
[표4-61] 보건복지부 '격리 및 강박지침'이 충분한지 여부 ····· 85
[표4-62] 정신장애인 인권보호를 위해 필요한 점 ····· 86
[표5-1] 환자 FGI 참여자 ····· 91
[표5-2] 직원 FGI 참여자 ····· 92

<그림 목차>

[그림 1] 격리시설 현장조사 ····· 27
[그림 2] 폐쇄병동 다인실 내부 ····· 28
[그림 3] 격리실 내부 소변기 ····· 33
[그림 4] 외부환기창 없는 격리실 ····· 34
[그림 5] 외부환기창 없는 격리실 ····· 34
[그림 6] 한 격리실 내 두 개의 병상 ····· 35
[그림 7] 격리실 내부의 노출 ····· 35
[그림 8] 병동 공동거실에 위치한 격리실 ····· 36
[그림 9] 환자 병실 내부에 위치한 격리실 3개 ····· 36
[그림 10] 양호한 시설의 격리실 (사립병원) ····· 38
[그림 11] 격리실 벽면의 충격완화쿠션 ····· 39
[그림 12] 격리실 수면등 ····· 39
[그림 13] 격리실 관찰창 (간유리 설치) ····· 39
[그림 14] 자체 제작한 강박도구 ····· 41
[그림 15] 강박도구로 사용되고 있는 유도띠 ····· 41
[그림 16] 피부손상을 최소화하기에 부적합한 강박도구 ····· 42
[그림 17] 꼬인 상태로 보관된 강박도구 ····· 42

[그림 18] 소변냄새가 심한 강박도구 ····· 42
[그림 19] 환자 안전에 적합한 자석식 강박도구 ····· 43
[그림 20] 1회 사용분을 개별 보관 ····· 43
[그림 21] 격리·강박 일지 ····· 47
[그림 22] 격리·강박 일지 ····· 47
[그림 23] 격리·강박에 대한 의사의 P.R.N. 지시사항 (의사지시서) ····· 48
[그림 24] 격리·강박에 대한 P.R.N 지시사항 (챠트 표지) ····· 49
[그림 25] 격리실 벽면의 환자 낙서 ····· 51
[그림 26] 격리실 벽면의 환자 낙서 ····· 52

VOICEYE
voiceye.com

제1장. 서론

1절. 연구의 배경과 목적

1. 연구 배경

2011년 정신건강 실태조사 결과에 의하면, 우리나라 일반 인구의 27.6%는 평생 한번이상 정신질환을 겪고 있다. 한국인의 우울증 평생유병률은 2001년 4%에서 2010년 6.7%로 증가했고, 자살률은 OECD 회원국 가운데 13년째 부동의 1위를 차지하고 있다. 반면, 정신병, 정신병원, 정신장애인에 대한 일반 국민들의 인지, 태도, 대응행동은 여전히 수동적이며 문맹적 수준을 크게 넘어서지 못하고 있다.[6] 정신질환을 다루는 전문가, 정책담당자들의 역할과 정부의 책임이 그만큼 중요해지고 있다.

그 가운데 정신장애인들의 인권실태는 이러한 우리나라 전체 정신건강의 현주소를 가늠하는 중요한 열쇠이다. 정신장애인들의 인권상황은 '정신장애'에 관한 낙후한 사회 인식, 낡은 법제도와 비자의적 입원, 장기입원, 격리 치료 위주의 치료시스템, 의료인력 수급 불균형 등 현재 우리가 안고 있는 정신보건 치료 환경이 안고 있는 문제들과 복합적으로 연관되어 발생하고 있다.

1995년 우리나라는『정신보건법』을 제정하였고 그동안 여러 차례 개정을 통해 지역사회 기반의 선진국형 정신보건 정책 시스템을 도입하였고, 2009년 국가인권위원회는 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 기본원칙으로 ① 자기결정권과 자율성의 보장, ② 기본적 권리의 보장과 최소한의 제한, ③정신보건 서비스의 전문화와 최적의 치료환경 보장, ④ 지역사회 중심의 치료환경 조성, ⑤ 정신장애인에 대한 차별 금지 및 동등한 권리 보장 등을 제시한바 있다.[7]

그러나 정신장애 인권피해자, 단체에서 주장하는 주요 인권피해 사례들은[8] "정신건강의학과 전문의의 대면진단 없이 강제입원", "병실 내 폭행 사실을 인지하면서도 의료진 등이 침묵함", "불결한 환경의 입원병동 상황", "한 방에 수십 명씩 수용되는 등의 사생활 미보장", "불필요하게 지속되는 강제입원", "일상적으로 자행되는 구타와 폭언, 강박", "전화, 서신 등의 미보장" 등 강제입원, 격리·강박, 감금 및 폭행 등 부당한 환자 통제와 처우에 관한 것들이 중심이다.

이는 위 2009년 국가보고서에서 제시된 정신장애인들의 기본권 보장과 증진을 위한 기본

6) 2007.3.9.자 동아일보 "국민58%가 정신건강 문맹"
7) 위의『국가보고서』, p.47~50.
8) 정신보건법 폐지 공동대책위원회,「이제는 이 비극적 참상이 멈추어야 합니다.」, 2013. 12. 30.

원칙들에 비해 매우 현실적이며 구체적 요구들이다.

국가인권위원회의 최근 보고[9]에 의하면, 정신병원에 입원 경험이 있는 정신질환자 가운데 격리·강박을 경험한 환자는 전체 환자의 45%이며, 이중 강박을 당한 경험이 있는 환자는 28.9%이다. 또 강박 경험자 가운데 34.7%는 의료인으로부터 강박 이유와 설명을 듣지 못했다고 응답하고 있다. 정신장애인들이 경험하는 각종 인권침해 사건들 가운데 격리, 강박 과정에서의 부당한 인권침해는 그 대표적인 사례들이다. 국가인권위원회 진정사건 가운데 격리, 강박 관련 진정사례가 15%를 넘고, 심각성도 큰 것이 이를 뒷받침하고 있다.

현행 『정신보건법』(제46조)에 의하면, 정신질환자들을 "격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 가하는 것은 환자의 증상으로 보아서 본인 또는 주변사람이 위험에 이를 가능성이 현저히 높고 신체적 제한 외의 방법으로 그 위험을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하다고 판단되는 경우에 그 위험을 최소한으로 줄이고, 환자 본인의 치료 또는 보호를 도모하는 목적"으로 행해져야 한다(제1항)고 규정하고 있다. 또 "정신의료기관등의 장이나 종사자가 제1항에 따라 환자를 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 가하는 경우에는 정신건강의학과전문의의 지시에 따라야 하며 이를 진료기록부에 기재하여야 한다."(제2항)고 규정하고 있다.

정신의료기관 등에서의 격리·강박을 둘러싼 문제점으로는 법규상의 문제점과 시행상의 문제점들이 주로 지적되어 왔다. 법규상의 문제점으로는 「정신보건법」 제46조의 환자 신체의 자유를 제한하는 규정이 법원이 아닌 정신의료기관에 포괄적으로 위임하고 있는 문제, 「격리 및 강박 지침」 상 적용기준이 '병실환경을 훼손할 우려' 등 지나치게 광범위하며, 격리·강박의 이유를 설명하고 진료기록부에 기재하는 데 그 시한을 규정하고 있지 않고, 격리·강박의 해제 여부에 대해서도 판단 및 검토 시한을 규정하고 있지 않고 있는 점 등 지적되고 있다.

시행 상의 문제점으로는 격리·강박의 빈도나 강도, 시행시간 모두 지나칠 정도로 빈번하고 강력하며, 장시간에 걸쳐 이루어지고 있고, 치료목적으로 보기 어려운 경우가 많다는 점 등이 자주 지적되고 있다.[10] 구체적인 격리·강박에 대한 규정은 정신보건법시행규칙 제23조(행동제한에 관한 기록)에 제한의 사유 및 내용, 제한 당시의 환자의 병명 및 증상, 제한 개시 및 종료의 시간, 제한의 지시자와 수행자를 기록하도록 하고 있으며, 보건복지부의 「격리 및 강박 지침」에 따라 적용기준, 적용시의 원칙을 규정하고 있다. 그러나 그 기준이 의학적으로 구체적이지 못하고 적용 방법도 구체적이지 못하다는데 문제점이 있다. 즉, 격리와 강박이 정신질환의 치료법으로서 사용되는 것에 대한 합의는 있으나 의학적 효과성이나 구체적인 적용 방법에서 의문 혹은 문제가 발생하고 있는 것이 현실이다.

---

9) 국가인권위원회, 『정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축』, 2009. p.346~347.
10) 위의 『국가보고서』, p.143. ; 국가인권위원회, 『정신과 관련시설 인권상황 실태조사』, 2003. p.141.

정신장애인들의 대표적인 인권문제인 격리·강박과정에서 발생하는 부당한 처우 문제의 해결은 정신장애인들의 신체적 자유와 자기결정권 등 기본권 보장을 위한 선결과제이다. 동시에 현재의 정신장애 치료 시설, 제도, 관행의 전반적인 문제점을 해결하는 출발점이 될 수 있다. 그러나 지금까지 정신장애인 입·퇴원 과정, 전문 인력과 시설 등 정신보건 치료환경, 정신보건 의료시스템에 관한 많은 연구가 있었으나, 정신장애인들의 격리·강박 문제를 본격적으로 연구한 사례는 거의 없었다.

국가인권위원회는 출범 이후 정신장애인들의 인권문제에 대해 지속적인 관심을 쏟아왔다. 예컨대, 2003년 「정신과 관련시설 인권상황 실태조사」와 「정신의료기관 방문조사보고서」와 2008년 「정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사」 등을 지속적으로 실시해왔다. 그러나 이 기존 연구에서도 격리·강박 문제는 전반적인 병원실태 가운데 격리·강박에 관한 환자 경험을 부분적으로 설문조사한 것이 전부였다. 즉 격리·강박의 발생 원인과 구조적 배경, 환자와 의료인들이 바라보는 시각, 현장의 격리·강박 실태, 외국의 사례와 구체적인 개선방안을 도출하는 데에는 미흡했다.

본 실태조사는 정신장애인들의 인권문제 가운데 조사연구의 범위를 "격리·강박"으로 구체적으로 특정한 뒤 심층적, 다면적 조사를 통해 개선방안을 제안한다는 점에서 의미가 크다. 또한 현안을 다루는 국가인권위원회의 역할에 맞게 현재 정신병원의 현실과 격리·강박의 실태를 가감 없이 그대로 드러내어 문제해결의 단초를 마련하고자 한다.

2. 연구 목적

위와 같은 연구의 배경과 필요성에 근거하여 본 연구진이 수행한 "정신병원 격리·강박 실태조사"의 추진방향과 목적은 다음과 같다.

첫째, 정신장애인 기본권 보장을 위하여 정신병원 내 격리·강박의 실태와 시설, 장비 및 인력 현황, 격리·강박 과정에서의 인권침해 내용 등에 대하여 살펴본다. 이를 위해 국가인권위에 진정된 격리·강박 사례에 대한 검토, 정신병원 내 격리·강박 시설, 장비에 관한 체크리스트, 관련 법류, 지침 검토, 격리·강박 관련 경험 있는 정신장애인, 의료인 및 의료 종사자들을 상대로 한 설문조사와 집단 그룹 인터뷰(FGI) 등을 실시한다.

둘째, 현행 정신병원 격리·강박 관리체계의 문제점을 분석하여 이를 개선하는 정책방안을 모색한다.

셋째, 정신장애인 격리·강박 과정에서의 인권침해를 방지하고 정신장애인 기본권 보장을 위한 국가인권위원회 권고안을 제시한다.

2절. 연구내용과 범위

1. 정신의료기관의 격리·강박 관련 국제 기준과 국내법규 및 시행 지침 검토

○ 정신장애인에 대한 격리·강박 관련 국제적 기준 검토
○ 현행 정신장애인에 대한 격리·강박 관련 국내법규 및 시행 지침 검토
○ 격리·강박 관련 정신의료기관의 내부 시행 지침 검토

2. 정신의료기관의 격리·강박 실태 조사 및 피해 조사

○ 격리·강박 관련 의료 시설 및 장비 체크리스트
○ 정신의료기관 가운데 정신병원[11] 입원 환자 대상 설문조사
○ 정신병원 의료인과 의료종사자 대상 설문조사
○ 정신병원 입원 환자 또는 입원 경험자 / 의료인 또는 의료종사자 포커스 그룹 인터뷰(FGI)

3. 정신의료기관의 격리·강박 사례분석 및 개선 방안

○ 국내 정신보건시설 등의 격리, 보호 시설 현장 조사와 사례 분석
: 국가인권위원회 진정사건 결정례 분석
○ 외국 격리·강박 시설 및 제도 사례 연구
○ 현행 격리·강박 수행과정에서 인권침해 요소와 개선방안 제시
: 격리·강박의 요건과 시행 절차 및 범위, 사후 관리
: 시설 및 제도 개선점 등

4. 정책권고

○ 정신장애인에 대한 격리·강박 수행 과정에서 부당한 처우 근절을 위한 법령, 제도의 문제점과 단기, 장기 개선안
○ 국가인권위원회 권고안 제시

11) 정신의료기관 중 '정신병원'이라 함은 50병상 이상의 병원으로서 허가 병상의 50%를 정신과 입원 병상으로 운영하는 병원을 말한다.

3절. 연구 방법

위의 기준과 원칙에 따라 수행되는 문헌 및 자료 조사, 설문조사, 포커스 그룹 인터뷰, 시설환경 및 운영 체크리스트 조사, 전문가 자문회의를 연구조사방법으로 활용했다. 각 방법별 조사 규모, 조사 주요 내용, 분석 방법은 다음과 같다.

1. 문헌조사

○ 국가인권위원회 진정사건, 결정례
○ 정신장애 관련 국제규약, 외국 문헌 자료
○ 격리·강박 제도 관련 국내외 연구 조사 결과
○ 국내 정신장애 관련 법제도 정책평가 자료

2. 현장 실태조사

○ 조사대상 : 국립/공립/사립 정신병원 폐쇄병동의 격리·강박 시설, 도구 및 자료
○ 조사내용 :
- 정신병원 자료열람 (입원환자현황, 격리·강박 관련 병원 내부규정 및 매뉴얼, 전년도 격리·강박 통계, 격리·강박 장부, 격리·강박 환자 진료기록, 격리·강박 일지)
- 격리·강박 시설 체크리스트 (격리실 수, 격리실 위치, 격리실 크기, 격리실 내부시설, 강박도구 등)
- 의료종사자 근무현황 조사
- 최근 격리·강박 사례 조사

3. 설문조사

○ 조사대상
- 국립/공립/사립 정신병원 폐쇄병동 입원 환자 (격리·강박 경험 환자)
- 국립/공립/사립 정신병원 의료인 및 의료종사자

○ 조사 규모
- 입원환자 : 국립/공립/사립 정신병원 폐쇄병동 입원환자 약 500여명
- 의료인 및 의료종사자 : 각 정신병원 폐쇄병동에 근무하는 의사, 간호사, 보호사 약200여명

○ 조사 내용

- 입원환자 : 기본 인구학적 사항, 진단명, 병력 기간, 입원·퇴원 과정 동의여부, 현재원 기간, 병원 운영(소통)방식과 의료인들에 대한 인식, 치료 환경, 격리 및 강박 경험 여부(격리·강박 이유, 강박 도구, 장소, 빈도와 지속시간, 의료진 사전 설명여부, 환자 수긍여부, 기타 가혹행위 등 인권침해 경험 등), 개선 의견 등
- 의료인 및 의료종사자 : 기본 인구학적 사항, 직위, 직종, 정신과 종사기간, 병원 운영(소통)방식과 환자들에 대한 인식, 치료 환경, 격리 및 강박 시행 경험(격리·강박 이유와 사전 설명 여부, 환자 수긍여부, 격리·강박 일지 기재, 기타 가혹행위 등 인권침해 경험 등), 개선 의견 등

4. 포커스 그룹 인터뷰(FGI)

○ 조사대상과 규모
- 환자 집단 : 5개 정신병원의 격리·강박 경험 입원환자 약20명
- 의료인 집단 : 5개 정신병원의 정신병원 의사, 간호사, 보호사 등 약30명

○ 조사내용
- 격리·강박 원인, 격리·강박시설, 격리·강박 중 애로사항이나 인권침해사례, 개선의견

5. 전문가 자문회의

- 1차 회의 : 설문, 인터뷰 및 체크리스트 작성 의견 수렴
- 2차 회의 : 설문, 인터뷰 및 체크리스트 조사결과 분석 검토, 정책권고안 수렴

4절. 정신병원 격리·강박 관련 국내 연구보고서 검토

1. 국가인권위원회(2003),『정신의료기관 방문조사보고서』

국내 사립 정신병원 2곳의 장기입원환자(6개월 이상)와 의료보호 대상자를 조사대상으로 환자들의 입,퇴원 및 타 시설 입소, 수용자의 수용실태, 시설 및 관리기준에 관하여 설문조사, 현장 방문 체크리스트 조사를 실시했다. 결론으로 입,퇴원 과정에서의 환자의 자기결정권 보호의 필요성과 강제입원 조치의 '위헌성' 문제를 제기하였고, 정신의료기관에서의 격리 제한 규정의 헌법 제12조 신체의 자유 침해 가능성을 지적하였다. 아울러「정신보건법」의 전면 개정의 필요성과 장기입원, 수용 위주의 운영시스템의 탈피와 지역사회 중심의 정신보건체계로의 전환을 촉구하고 있다.

2. 국가인권위원회(2003),『정신과 관련시설 인권상황 실태조사』

전국을 4개 권역으로 나누어 정신병원, 정신요양시설 32개 기관을 선정, 조사하였다. 환자 표본은 전체 입소자의 약 10%인 909명을 대상으로 설문조사를 했고, 620명을 대상으로 환자 개인면담을 하였다. 시설 기관 종사자도 257명 설문조사하였다. 주된 조사내용은 입원의 강제성 여부, 신체 강박, 입원생활, 부당한 의료행위, 직원 및 타 환자에 의한 가혹행위 등 인권침해 사례 등이었다. 결론으로 환자의 기본권과 정보접근권, 정신병원 규모 축소, 계속입원 심사제도 개선, 정신질환자 관리체계 일원화 등 법제도 개선과제와 시설 내 운영 개선, 최소한의 격리·강박 시행, 건물 및 적정 수용인원 기준마련, 정기적인 시설 평가 등을 제언하고 있다.

3. 국가인권위원회(2008),『2008 정신장애인 인권실태조사 결과발표 및 토론회』

정신보건시설 재원자 및 시설 실태조사(정인원), 정기입원의 구조적 원인과 지속요인(박종익), 제가 정신장애인 및 가족의 생활실태(김문근), 특히 취약한 계층의 정신보건 및 인권실태조사(양옥경), 정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사(서미경), 정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축(홍선미) 등 6개 분야 실태조사를 통해 정신장애인의 인권 상황을 파악하고 개선방안을 제시하고 있다.

이 가운에 정인원은 강박 경험에 대한 체계적인 실태파악을 시도하였다. 정인원의 조사결과에 따르면, 국립정신병원에서의 강박 경험 빈도가 가장 높았고, 정신과 의원의 강박 빈도가 가장 낮게 나타났다. 또 정신의료기관에 비해 정신요양시설과 사회복귀시설은 상대

적으로 강박빈도가 낮았다. 그 외 강박실시에 대한 의료진의 설명 여부, 환자의 수긍여부, 강박 장소와 도구, 강박빈도, 강박 중 언어적, 신체적, 성적 폭력 경험 등에 대해서도 조사하였다.

정인원의 조사에서는 강박 문제에 관련하여 「격리 및 강박 지침」에 따른 진료기록의 철저한 관리, 시설 규모에 따라 다른 규모의 격리실 확보, 격리실 시설 개선, 자해방지 보호장치 마련, 정신요양시설의 촉탁의 제도를 전임제로 전환할 것을 제시하고 있다.

4. 국가인권위원회(2009),『정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서』

국가인권위원회는 정신장애인의 치료 및 인권상황, 현형 법제도와 정신보건 서비스 전달체계 그리고 정신장애인 가족의 생활실태 등에 관한 종합적이고 체계적인 실태조사를 실시하고, 각국의 사례를 연구하여, 이를 기초로 정신장애인의 인권 및 재활·사회복귀에 중점을 둔 정책방향과 추진과제를 제시하기 위해 동 보고서를 작성하였다. 이 보고서는 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 기본원칙을 제시하고, 입퇴원 과정에서의 적정절차 마련, 정신보건 시설 내 권리보장 및 치료환경 개선, 지역사회 중심의 정신장애인 치료, 정신장애인에 대한 차별과 편견해소를 위한 정책방향과 추진과제를 제시하였다.

격리·강박과 관련하여 이 보고서는 현행 「격리 및 강박 지침」의 철저한 준수노력을 강조하는 한편, 기존 「정신보건법」과 「격리 및 강박 지침」 상의 문제점, 즉 격리·강박의 구체적 적용 범위, 즉시 설명의무, 해제 여부에 대한 검토 및 환자 상태 확인에 대한 시한 설정, 허용가능한 시간, 격리 및 강박 절차, 방법, 기록 의무를 구체적으로 규정하고, 격리 및 강박의 적법여부에 대한 벌칙 규정을 강화하여 실효성을 담보할 것을 강조하고 있다.

제2장. 정신병원 격리·강박 관련 국내법체계 및 국제기준 검토

1절. 국내법체계 및 지침

1. 국내법체계

가. 개괄

정신병원 격리·강박 관련 국내법으로는 헌법, 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률(이하 '장애인차별금지법'이라 한다), 정신보건법이 있고, 법령에 해당하지 않지만, 격리 및 강박에 관한 세부내용을 정하고 있는 보건복지부의 격리 및 강박 지침이 있다. 정신병원에 수용되어 있는 정신질환자라고 하더라도 헌법이 보장하는 신체의 자유가 최대한 보장되어야 하고, 격리·강박과 같이 신체의 자유의 정도가 매우 중한 경우에 그 절차와 요건을 법에서 최대한 자세히 규정하여 격리·강박이 남용되지 않도록 엄격히 규제할 필요가 있다. 아래에서는 정신병원 격리·강박 관련한 국내 법령 중 관련 내용에 관해 살펴보기로 한다.

나. 대한민국헌법

대한민국헌법 제12조는 신체의 자유와 적법절차에 관해 규정하고 있다.

제1항에서는 "모든 국민은 신체의 자유를 가진다. 누구든지 법률에 의하지 아니하고는 체포·구속·압수·수색 또는 심문을 받지 아니하며, 법률과 적법한 절차에 의하지 아니하고는 처벌·보안처분 또는 강제노역을 받지 아니한다."고 선언하고 있고, 제2항에서는 고문 금지를 규정하고 있다. 제3항에서는 "체포·구속·압수 또는 수색을 할 때에는 적법한 절차에 따라 검사의 신청에 의하여 법관이 발부한 영장을 제시하여야 한다..."고 하여 적법절차 및 영장주의를 규정하고 있고, 제4항에서는 "누구든지 체포 또는 구속을 당한 때에는 즉시 변호인의 조력을 받을 권리를 가진다..."고 하여 변호인의 조력권을 규정하고 있다. 제5항에서는 "누구든지 체포 또는 구속의 이유와 변호인의 조력을 받을 권리가 있음을 고지 받지 아니하고는 체포 또는 구속을 당하지 아니한다. 체포 또는 구속을 당한 자의 가족 등 법률이 정하는 자에게는 그 이유와 일시·장소가 지체 없이 통지되어야 한다."고 하여 본인 및 가족에 대한 체포·구속의 이유고지를 규정하고 있고, 제6항에서는 "누구든지 체포 또는 구속을 당한 때에는 적부의 심사를 법원에 청구할 권리를 가진다."고 하여 체포·구속적부심사 청구권을 규정하고 있다.

다. 장애인차별금지법

장애인차별금지법은 제1조에서 “이 법은 모든 생활영역에서 장애를 이유로 한 차별을 금지하고 장애를 이유로 차별받은 사람의 권익을 효과적으로 구제함으로써 장애인의 완전한 사회참여와 평등권 실현을 통하여 인간으로서의 존엄과 가치를 구현함을 목적으로 한다.”고 하여 장애인의 완전한 사회참여와 평등권 실현을 통한 인간의 존엄과 가치구현을 규정하고 있고, 제7조에서 “장애인은 자신의 생활 전반에 관하여 자신의 의사에 따라 스스로 선택하고 결정할 권리를 가진다. 장애인은 장애인 아닌 사람과 동등한 선택권을 보장받기 위하여 필요한 서비스와 정보를 제공 받을 권리를 가진다.”고 하여 장애인의 자기결정권 및 동등한 선택권 보장을 위한 서비스 및 정보제공권을 규정하고 있다. 또한 제37조에서는 “누구든지 정신적 장애를 가진 사람의 특정 정서나 인지적 장애 특성을 부당하게 이용하여 불이익을 주어서는 아니 된다.”고 하여 정신장애인에 대한 불이익 금지를 규정하고 있다.

라. 정신보건법

정신보건법은 제2조에서 이 법의 기본이념으로 ①모든 정신질환자의 인간으로서의 존엄과 가치 보장, ②최적의 치료와 보호를 받을 권리 보장, ③부당한 차별대우 금지, ④자발적 입원 권장, ⑤입원 중인 정신질환자의 자유로운 환경 보장 및 다른 사람들과의 자유로이 의견교환 보장 등을 규정하고 있다.

법 제46조는 제1항에서 “환자를 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 가하는 것은 환자의 증상으로 보아서 본인 또는 주변사람이 위험에 이를 가능성이 현저히 높고 신체적 제한 외의 방법으로 그 위험을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하다고 판단되는 경우에 그 위험을 최소한으로 줄이고, 환자 본인의 치료 또는 보호를 도모하는 목적으로 행하여져야 한다. 이 경우 격리는 당해 시설 안에서 행하여져야 한다.”고 규정하고 있고, 제2항에서 “정신의료기관등의 장이나 종사자가 제1항에 따라 환자를 격리시키거나 묶는 등의 신체적 제한을 가하는 경우에는 정신건강의학과전문의의 지시에 따라야 하며 이를 진료기록부에 기재하여야 한다.”고 규정하고 있다. 제46조 제2항을 위반하여 정신건강의학과전문의의 지시에 따르지 아니하거나 이를 진료기록부에 기재하지 아니한 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다(법 제57조).

마. 격리 및 강박 지침

보건복지부가 정신병원에 입원한 정신질환자의 권익을 보호한다는 명목으로 제정한 격리 및 강박 지침이 있다. 지침은 행정규칙의 일종으로 행정기관 공무원들의 직무에 대한 준칙을 정해 놓은 규정을 말한다. 행정부 내부의 직무규칙에 불과하기 때문에 일반 국민에게는 법적 효력을 갖지 못한다. 보건복지부의 격리 및 강박지침 내용은 다음과 같다.

격리 및 강박(Seclusion and Restraint) 지침

1. 정의

1) 격리는 입원 환자치료의 일환으로 환자가 응급상황(자·타해 또는 심한 손상을 초래할 수 있는 상황)으로 진행되는 것을 방지하기 위한 치료 또는 임상적인 상태의 조절을 위하여 제한된 공간에서 일정시간 동안 행동을 제한하는 것을 말함

2) 강박은 환자의 신체운동을 제한하는 행위를 말하는데, 손목이나 발목을 강박대(끈 또는 가죽 등)로 고정시키거나, 벨트를 사용하거나, 보호복을 착용시키거나, 의자에 고정시키는 방법 등을 사용하는 것을 말함

2. 적용기준

1) 자해 혹은 타해의 위험이 있는 환자를 보호할 목적으로 시행
2) 치료 프로그램이나 병실환경을 심각하게 훼손 할 우려가 있는 경우
3) 환자의 동의하에 행동요법의 한 부분으로써 사용할 수 있음
4) 환자가 받는 과도한 자극을 줄여줄 필요가 있는 경우 : 격리
5) 환자가 스스로 충동을 조절할 수 없다고 느껴, 격리 또는 강박을 요구하는 경우

3. 적용시의 원칙

1) 주치의 또는 당직의사의 지시에 따라 시행하고 해제하여야 한다.

2) 격리 또는 강박 시행 전과 시행 후에 그 이유를 환자 또는 보호자나 그 가족에게 설명한다.

3) 환자는 타인에게 인격이 보호되는 장소로써 외부 창을 통해 관찰이 가능한 조용하고 안전한 환경에서 실시한다.

4) 치료진이나 병동편의 및 처벌을 목적으로 격리나 강박을 시행해서는 안 된다.

5) 치료자가 단독으로 격리나 강박을 시행하려고 해서는 안 되며, 안전을 위해 적절한 수의 치료진 2-3명이 있어야 한다.

6) 격리 또는 강박후 간호사는 자주 환자의 상태를 확인해야 하며, 간호일지에 강박 또는 격리를 시행한 이유, 당시의 환자상태, 방법(보호복, 억제대 2Point, 4Point, 보호조끼)에 대해 자세히 기록한다. 환자상태에 이상이 있을 시 즉시 주치의 또는 당직의에 보고하도록 한다.

7) 강박조치한 환자에게는 1시간마다 Vital sign(호흡, 혈압, 맥박 등)을 점검하고, 최소 2시간마다 팔다리를 움직여 주어야 한다.

8) 수시로 혈액순환, 심한 발한(땀흘림)을 확인하여 자세변동을 시행하며, 대·소변을 보게 하고, 적절하게 음료수를 공급하여야 한다.

9) 환자상태가 안정되어 위험성이 없어졌다고 판단되면, 간호사는 즉시 주치의(또는 당직의사)에게 보고하고 그 지시에 따라 강박 또는 격리를 해제하고 신체의 불편유무를 확인한다.

10) 양 팔목과 발목에 강박대를 착용시킬 때는 혈액이 원활하게 순환될 수 있도록 손가락 하나정도의 공간을 확보하며, 가슴벨트는 등뒤에서부터 양 겨드랑이 사이로 빼서 고정시키고 불편하지 않는가 확인하고 관찰한다.

2. 국가인권위원회 진정 사건 및 결정례 분석

여기서 분석한 격리·강박 관련 국가인권위 진정사례는 총 39건(2004~2014)이다. 부당한 격리·강박 수행에 대한 환자들의 진정 내용을 살펴보면, 장시간 격리·강박, 부당한 격리·강박 이유, 격리·강박 과정에서의 폭언·폭행, 강제 약물 투여, 기저귀 착용 등 인격권 침해, 격리·강박 관련 지침(보건복지부, 「격리·강박지침」) 위반, 「정신보건법」 상 입퇴원 절차(보호의무자 동의 등) 위반, 교통 통신제한 조치, 격리실 철창과 용변처리, 악취 등 환경 문제 등에 대한 것이었다. 진정 사건 발생 빈도는 병원급 이상이 31건, 의원급은 8건이었다.

진정사례를 살펴보면, 먼저 부당한 격리·강박의 발생 시점이 입원과정에서 비롯되는 것을 알 수 있다. 이는 알콜의존 환자의 비자의(강제)입원의 경우 특히 그러하다. (13진정0796000건 외 9건)

격리와 특히 강박 시 환자의 신체를 직접 접촉하는 보호사들에 의한 무리한 신체적 압박, 혹은 폭행 사례도 적지 않았다. (13진정0704700 건 외 5건) 또 직접적인 신체적 폭력을 가한 경우가 아니더라도 격리·강박 수행 중인 환자의 용변 시 보호사들이 용변 통을 들고 있거나, 기저귀를 채우거나, 그냥 환자복에 소변을 보게 하는 등 인격권을 침해하는 경우가 많았다.

또한 거의 모든 진정 사례에서 격리·강박 수행 시, 진료기록이 없거나 부실한 것도(13진정0588200건 외 21건)도 두드러진 공통점이었다. 정신과 전문의의 지시가 없이 격리·강박하거나, 전문의 지시 없이 아무런 자격요건을 갖추지 못한 보호사가 환자에게 투약한 사례(13진정0588200)도 있었다.

진정사례 중 장기 격리·강박 사례로는 72시간 이상(04진인2935, 04진인3752, 04진인3758)도 여러 건이 있었다.

보호자 동의서가 없거나 입,퇴원서류를 조작하는 등 명백한 위법한 행위를 저질러 행정처분이나 고발조치를 권고한 사례(04진인586 외 8건)도 많았다.

국가인권위원회의 격리·강박 진정사건 결정에서는 환자들의 폭행피해 등 부당한 격리·강박 주장에 대해 일부 기각하는 경우가 많았다. 이유는 폐쇄적인 병원환경, 목격자들의 부재, 허위 진정 등 여러 가지 이유가 있겠으나, 피해 환자의 주장이 신빙할만한 상당함에도 불구하고 피해 주장을 뒷받침할 구체적 증거가 없어 기각하는 경우도 많았다.

그 외에도 환자들이 가족이나 외부와 연락할 때 부당하게 교통, 통신권을 제한하는 경우가 많은 진정사례에서 확인되었고, 국가인권위원회에 진정하는 것을 임의로 가로막거나 진정함을 형식적으로 설치, 운영하는 사례가 있었다.

연번	결정 요지	사건발생 일시/장소	사건 유형	권고
1	(13진정0796000) 음주문제로 가족동의하 입원. 4일간 안정실 격리, 30시간 4p강박. 형식적 진료기록 작성, 전문의 보고지시 등 지침 미준수	2013.10. 병원급	알콜 – 장시간 격리·강박	인용.격리·강박 최소화, 직원교육 감독 철저
2	(13진정0182200;13진정0078500병합) 음주문제로 의료원 응급실 난동. 총4회 강박. 보건장관에게 일반의료기관에서의 격리·강박 요건과 절차에 관한 기준 마련을 권고.	2013.1. 의료원	알콜-부당한 강박	진정기각. 격리·강박 기준 마련
3	(13진정0824200) 자타해위험으로 23시간 격리. 2시간 강박. 격리·강박 수행일지 미작성. 현장조사에서 4명의 임의격리, 진료기록 부재 환자 발견.	2013.6. 병원급	조현병, 알콜	일부 기각. 규정준수, 관리감독 철저
4	(13진정0588200) 의사 지시 없이 보호사가 투약, 강박 시행. 타 환자가 강박에 조력. 환자 통신 통제. 격리·강박 기록 부재	2013.7. 의원급	정신장애. 부당한 강박, 폭행	일부 기각. 간호자 상주, 규정준수, 교육감독 철저
5	(13진정0732100) 식사지도 이유로 보호실에 사실상 격리하여 신체자유 침해	2013.5. 병원급	부당한 격리	일부 기각.격리·강박 진료기록부 기재, 인권교육
6	(13진정0739700) 격리·강박지침 위반하여 처벌목적의 격리하여 신체자유 침해. 진료기록, 격리·강박 수행일지 미작성	2013.9. 병원급	조현병-부당한 격리	일부 기각. 진료기록,일지작성, 인권교육
7	(13진정0704700) 격리·강박 시 담요로 입을 막음. 인권위 진정서를 임의로 내부 종결 처리, 진정방해.	2013.8. 병원급	불안, 행동장애 – 부당한 격리·강박, 진정방해	인용.지침준수, 진정권보장, 인권교육
8	(13진정0469100 등)격리·강박 기록 부재. 기저귀만 차고 병실생활.	2013.6. 병원급	알콜-인격권 침해	일부기각.정신질환자 인권보호, 인권직무교육 실시
9	(13진정0433400) 입원시 보호자 2인동의 위반, 격리·강박시행기록 부재.	2013.6. 병원급	양극장애	일부기각, 직원징계, 기록관리규정준수, 인권 직무교육
10	(12진정0216600) 임신중인 환자에게 부당한 격리·강박(21일), 약물투여하여 임신중절케 하고 전화 통신을 부당하게 제한. 입원환자 정원(49명) 초과	2010.2. 의원급	조현병-부당한 격리·강박, 약물강요	인용. 수사의뢰, 법률구조, 재발방지 조치
11	(11진정0380900) 자살시도하는 환자에 대한 4p 강박 과정에서 보호사가 베개로 머리누름. 전공의가 강박지시, 전문의 보고없고 의료기록 부재.	2011.7. 병원급	자살시도-부당한 격리·강박	인용. 무리한 강박에 대해 주의조치, 인권교육
12	(11진정0632500) 의원탈출과정에서 4층추락. 두부손상, 우안실명. 병원에서 통신제한, 격리·강박, 치료요청 거부.	2011.9. 의원급	알콜,탈출시도-부당한 격리·강박	인용. 수사의뢰, 법률구조, 재발방지

13	(12진정0122500) 입원거부환자에 대한 부당한 격리·강박. 진료기록 부재, 지침 위반.	2012.2. 병원급	정신증행동장애-격리·강박기록부재	일부기각.지침준수, 인권교육
14	(10진정280700) 입원거부환자에 대한 부당한 격리·강박. 진료기록 부재, 퇴원요구 거부, 지침위반.	2010.5. 병원급	우울증-부당한격리·강박, 기록부재	일부기각. 지침준수, 퇴원권리 고지, 재발방지, 인권교육
15	(10진인7) 격리·강박과정에서 보호사의 무리한 강압행위로 늑골골절.	2009.12. 병원급	강박시 보호사 강압행위	치료비보상, 인권교육
16	(10진정216400) 행동장애 환자들에 대한 부당한 격리·강박. 전문의 지시없는 임의 강박. 진료기록 부재, 통신제한	2010. 병원급	행동장애-격리·강박 남용, 통신제한	통신제한 폐지, 안내문 게재,인권교육
17	(10진정0317600) 보호사가 환자의 빰을 3회 폭행	2010.5. 병원급	환자다툼-보호사 폭력	징계조치, 지도감독철저
18	(10진정66900) 환자8명에 대해 전문의 지시없이 임의 격리·강박, 옷에 소변을 봄. 진료기록 부재,	2010.2. 병원급	부당한 격리·강박	지침준수, 관리감독철저
19	(08진인274) 보호사가 환자 폭행, 늑골 골절. 이후 징벌적 격리·강박. 인권위 진정 방해.	2008.1. 병원급	환자 폭행	징벌적 병동규칙 삭제. 인권교육
20	(07진인4877) 입원연장 사유 서면통지 않음. 14시간 장시간 강박. 바이탈사인 확인 진료기록 부재. 통신제한 병실규칙	2007.6. 의원급	알콜-비자의입원	입원연장 사유 통지, 지침준수
21	(07진인4609) 퇴원요구에 면회제한. 항의하자 6시간 강박. 진정 기각	2007.11. 대학병원	우울증-비자의입원	진정기각
22	(07진인4932) 전문의 진단없이 입원결정. 정신보건법 40조 위반. 검찰고발. 부당 격리·강박은 기각	2007.10. 병원급	알콜-정신보건법위반	일부기각. 검찰고발
23	(07진인4881) 장기간 격리(3일), 강박(2일). 시행기록 부재, 지침 위반. 보복성 불법감금 주장은 기각.	2006.9.국군병원	조현병-부당한 격리·강박	일부기각. 지침준수, 인권교육
24	(06직인8, 06진인24 등 병합) 과밀수용, 분리수용 위반,취침조명, 화장실, 목욕시설, 창문이중철격자, 탈의실, CCTV, 재활시설, 식당, 면회실, 신문구독 제한, 종교활동 제한, 통신접견 제한,집필 제한,영치품 제한, 권리구제 검열 및 제한, 징벌적 격리, 보호조치자의 기본권 제한, 보호실 내부 시설, 보호조치자의 강박, 운동, 식사, 용변 등 처우, 의료인력 부족, 진료기록 미비 등 문제점	2006.4. 치료감호소	2006.4. 직권조사 결정	치료감호소 시설,환경, 처우에 대한 권고(법무장관, 감호소장)
25	(04진인2935) 폐결핵 치료 중 음주문제로 정신병원 강제 입원. 항의하자 72시간 강박.	2004.4. 국립병원	폐결핵,알콜-비자의 입원, 부당한 격리·강박	서면 주의경고조치, 인권교육
26	(05진인1204 등) 통신제한, 검열. 환자정원 초과, 계속입원심사 서면통지 않음. 환자 폭행은 기각.	2004.12. 병원급	보호사 폭력, 통신제한, 부당한 격리·강박	일부기각.행정조치, 관리감독 철저

27	(05진인1601) 환자 저질 식사, 부당한 격리·강박, 지침 미준수, 통신제한, 진정 제한. 의료비 과다청구는 기각.	2005.5. 의원급	비인간적 처우, 통신제한	일부 기각. 지침준수, 직무 교육, 진정함, 경고조치 등 행정처분, 지도감독 철저
28	(05진인2565) 격리·강박 진료기록 부재, 지침 위반. 강제입원 주장은 기각.	2005.7. 병원급	조현병-부당한 격리·강박	일부기각.
29	(05직인11,12) 보호자 동의없이 입원, 전문의 진단없이 입원, 계속입원심사 청구 및 퇴원결정 불이행, 부당한 격리·강박 (의시지시, 진료기록 부재, 지침위반) 교통 통신제한, 작업치료, 의료인력 부족, 공무원 관리감독 부실, 인권위 진정함 설치,	2002~2005. 병원급 2곳	2005.3. 직권조사	도지사 경고, 병원 행정처분, 관계공무원 경고조치, 인권교육, 제도개선, 검찰 고발조치
30	(05진인277) 진료기록부, 격리·강박 수행일지 기록 누락. 실장 방장들의 환자에 대한 상습 폭행 진정은 기각.	2005.3 의원급	진료기록, 시행일지 기록 누락	일부 기각.법령 지침 준수, 인권교육, 감독기관 행정처분
31	(04진인3752) 간호사 아가씨라 불렀다며 3박4일, 가족에게 퇴원요구했다고 1박2일 강박. 환자 과밀주장은 기각.	2004.8. 의원급	알콜-강박 시행기록 부재	일부기각. 지침준수, 인권교육
32	(04진인4210, 05진인1115) 방장에 의한 환자간 폭행. 환자 과밀. 편지열람 등 인권침해. 계속입원 서면통지 않음. 부실한 식사, 군대식 점호, 환자복 미지급, 직원 폭언 등은 증거없다.	2004.10. 의원급	양극성 적응장애-환자간폭행, 병실환경	일부기각. 방장폐지, 수용환경 개선, 편지열람
33	(04진인3758) 출산후2개월 지난 환자를 3일간 강박. 격리·강박 수행기록 미비. 계속입원 결정 통지 않음. 보호자 동의없는 입원.	2004.3. 병원급	불면 등-강박시행 기록 부재,계속입원통지 않음	일부기각. 과도 빈번한 격리·강박 개선, 인권교육, 행정처분.
34	(04진인4482) 17시간 장기강박. 나머지 진정(고의 설사약 처방, 간호사 폭언,통신제한 등)은 기각.	2004.10. 대학병원	공황장애-부당한 강박	일부기각. 인권교육, 재발방지
35	(04진인3988, 05직인3) 의료인 부족, 입퇴원 절차 위반, 구타,욕설, 전화통제, 부당한 격리·강박.	2005. 병원급	직권조사	일부기각. 고발조치, 지도감독 철저
36	(04진인4009) 격리실 철창, 통풍, 악취 등 환경 개선. 강박시행 기록 미비, 지침 위반.	2004.9. 병원급	알콜-격리실환경개선,강박기록	일부기각. 경고조치, 인권교육, 격리실 개선
37	(04진인2901) 보호사가 발바닥을 자로 2회 폭행. 나머지 진정(강제예배, 구타, 욕설, 중노동, 강제입원 등)은 기각.	2004.2. 병원급	보호사 폭행	일부기각. 보호사 주의조치
38	(03진인6436) 퇴원명령 환자를 서류상으로 재입퇴원 처리. 나머지 진정(의사의 무성의한 진료기록)은 기각	2003.6. 병원급	입퇴원 절차위반	일부기각. 고발조치
39	(04진인586) 입원환자의 퇴원서류 조작. 보호자 동의없이 입원서류 허위 작성. 일부환자 입퇴원 서류 부재. 3개월 입원각서 징구.나머지 진정은 기각.	2004.2. 병원급	입퇴원절차위반	일부기각. 고발조치

3. 법원 판례 분석

가. 광주고등법원 2003. 7. 2. 선고 2003나1808 판결

정신병원에 입원 중이던 우울증 환자가 격리실에 격리 중 목을 메어 자살한 사건에서 법원은 “정신병원을 설치·운영하는 국가는 자살가능성이 있는 환자가 보호실에 있을 때에는 병원관계자들이 항상 관찰이 가능한 구조로 보호실을 설치하여야 함에도 보호실에서 가장 가까운 거리에 있는 간호사실에서도 보호실 내부를 직접 감시할 수 없고, 다만 보호실 출입문에 있는 창문을 통해야 내부를 관찰할 수 있게끔 설치한 과실과 자살 방지를 위하여 환자의 손에 닿지 않는 곳에 철망을 설치하여야 함에도 불구하고 철망 바로 밑에 보호실 바닥으로부터 60㎝ 높이의 증기난방장치를 설치하여 환자가 환자복을 이용하여 용이하게 보호실 철망에 목을 매어 자살하는 결과에 이르게 한 과실이 있다”고 판단하여 정신병원 측의 영조물의 설치·관리상의 하자를 인정하였다.

또한 “우울증 환자의 경우 예후가 양호하다고 하더라도 언제든지 자살의 가능성이 있으며, 또한 환자 중에는 충동적인 방법으로 자살을 하는 경우도 있으므로 그러한 환자가 입원하였을 때에는 자살을 예방하기 위하여 치료자들은 환자를 늘 가까이서 보살펴야 된다는 점에 비추어 보면 환자의 자살가능성을 예견할 수 있었던 담당의사는 환자를 보호실에 격리시키는 경우 그 자살위험성에 대하여 간호사 및 간호조무사들에게 주지시켜 간호사 및 간호조무사들로 하여금 환자의 상태를 계속적으로 주의 깊게 살피도록 하는 등의 조치를 취하여 환자의 자살을 미연에 방지할 업무상 주의의무가 있다.”고 인정하면서 이러한 영조물 설치·관리상의 하자 및 업무상 주의의무위반에 따른 손해배상책임을 인정하였다.

나. 서울중앙지방법원 2010. 5. 6. 선고 2009가합73498 판결

정신병원에 입원해있던 환자가 수분 섭취로 인해 몸무게가 3㎏ 정도 증가하자 보호실 격리 조치하였고, 그 환자가 격리실 창문에 머리가 끼여서 사망한 사건에서 법원은 “① 병원은 정신 질병이 있는 환자가 입원하여 치료를 받는 곳으로 환자의 특성으로 인해 항상 예상하기 어려운 돌출 사고나, 응급 사고가 발생할 수 있고, 특히 보호실은 환자 중 정도가 심한 환자를 격리하기 위한 장소로 돌출 사고의 발생 가능성이 더욱 크다 할 것인데, 병원에서 보호실의 출입문에 환자를 관찰하기 위한 관찰구를 환자의 머리가 들어갈 수 있는 정도의 높이에 그와 같은 크기로 설치하였다면, 환자가 그 관찰구에 머리를 집어넣는 등의 사고가 발생할 개연성도 있으므로, 그 예방을 위해 그 관찰구를 창살 또는 투명 아크릴판 등으로 막아 두어야 하였을 것으로 보이는 점, ② 설령 보호실 내부의 환기 등이 문제된다

고 하더라도 투명 아크릴판에 환기 구멍을 뚫거나 창살을 설치하는 방법으로 이를 해결할 수 있고, 그와 같이 하는데 특별히 과도한 비용이나 노력이 필요하지는 않은 것으로 판단되는 점, ③ 이 사건 사고 당일 혼자서 당직 근무를 서게 된 보호사 강00는 보호사 근무수칙에 따라 병동 순찰을 최소한 30분에 1회 실시하여야 함에도 당일 17:20경 병동 순찰을 한 차례 한 뒤 이 사건 사고 발생시인 19:50경까지 간호사실에서 휴식을 취하는 등 보호사로서의 근무를 태만히 하여 이 사건 사고를 예방하거나 적시에 발견하지 못한 것으로 보이는 점, ④ 병원은 정신보건법 시행규칙 제7조 제1항 별표 2에 따라 입원 환자 13인당 간호사 1인을 두어야 함에도 이 사건 사고 당시 66명의 환자가 있던 제7병동에 주간에만 2명의 간호사를 근무하게 하고, 야간(당직)에는 한 명의 간호사도 근무하게 하지 않는 등 관련 규정에서 환자의 원활한 관리를 위해 두도록 규정하고 있는 간호사조차 두지 않았던 점 등을 종합적으로 고려하면, 병원은 보호실 관찰구 등 시설에 대한 관리 및 환자의 적정한 관리를 위한 충분한 인력 운용을 소홀히 하고, 위 병원 소속 보호사 강00는 입원 환자의 사고 예방을 위한 관리·감독 업무를 게을리 하여 이 사건 사고가 발생하였다고 봄이 상당" 하다고 인정하여 병원 측에 사고에 대한 업무상 과실 책임을 인정하였다.

2절. 국제기준

1. 개괄

국제기준으로는 협약 당사국에게 법적 구속력을 갖는 국제인권협약과 법적 구속력은 없으나 국제기구에 의해 채택되어 각 국가에 인권기준으로 인용되는 결의문, 권고 등이 있다. 정신병원 격리·강박 관련 국제기준으로는 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제협약, 장애인 권리협약과 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙이 있다. 아래에서는 정신병원 격리·강박 관련한 국제기준 중 관련 내용에 관해 살펴보기로 한다.

2. 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제협약

1966년 12월 유엔총회에서 채택되었고, 우리나라도 1990년 비준한 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제협약 제7조에서는 고문 또는 잔혹한, 비인도적인, 굴욕적인 취급을 받지 않을 권리를 보장하고 있다. 위 조항에 관한 일반논평에서는 각 정부들이 정신병원에서의 구금사실, 학대를 예방할 수 있는 방법들, 정신의료기관에 입원된 사람들이 이용할 수 있는 호소절차와 그에 관한 정보제공을 할 것을 요청하고 있다. 협약 제9조 제4항에서는 "체포 또는 억류에 의하여 자유를 박탈당한 사람은 누구든지, 법원이 그의 억류의 합법성을 지체

없이 결정하고, 그의 억류가 합법적이 아닌 경우에는 그의 석방을 명령할 수 있도록 하기 위하여, 법원에 절차를 취할 권리를 가진다."고 규정하고 있다.

3. 장애인권리협약

2006년 12월에 유엔총회에서 채택되고, 우리나라도 2008월 12월에 비준한 장애인권리협약 제12조에서는 "장애인들이 삶의 모든 영역에서 다른 사람들과 동등한 조건으로 법적능력을 누려야 함을" 보장하고 있고, 제15조에서는 "당사국은 모든 효과적인 법률, 행정, 사법 또는 기타 수단을 취하여 다른 사람들과 동등한 조건으로 장애인이 고문 도는 잔혹, 비인도적이거나 굴욕적인 대우 혹은 처벌의 대상이 되지 않도록 한다."는 의무를 부여하고 있다. 제17조에서는 "모든 장애인은 다른 사람들과 동등한 조건으로 자신 고유의 신체적, 정신적 상태에 대해 존중받을 권리가 있다."고 규정하고 있고, 제25조에서는 당사국에게 "자유로운 사전 동의를 기초로 하는 것을 포함하여 의료전문가로 하여금 장애인에게 다른 사람들과 같은 질의 보살핌을 제공하도록 한다. 이것은 그중에서도 특히 공공 및 민간부문 건강관리의 윤리적 기준에 관한 훈련과 홍보를 통해 장애인의 인권, 존엄성, 자율성 및 욕구에 관하 인식증진을 통해 제공하도록 한다."고 명시하고 있다.

4. 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙

정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(이하 'MI 원칙'이라 한다)은 1991년 12월 유엔총회에서 결의되었다. 특히 정신장애로 인해 억류된 사람들에 대한 최소한의 인권기준을 각국에 제시하고 있다. MI 원칙 제8조 제2항에서는 "모든 환자들은 적절하지 못한 약물치료, 다른 환자나 직원 또는 다른 사람들로부터의 학대 또는 정신적 불안이나 신체적 불편을 야기하는 기타 행동 등의 위해로부터 보호받아야 한다."고 규정하고 있고, 원칙 제9조 제1항에서는 "모든 정신장애인은 환자의 건강 관련 필요와 다른 이들의 신체적 안전을 보호하기 위해 필요한 치료로서 가능한 한 제한적이지 않은 치료를 받을 권리를 가진다."고 규정하고 있다.

또한 원칙 제11조 제11항에서는 "환자의 신체적 강박 및 비자발적 격리는 환자나 다른 사람들의 직접적이고 절박한 위해를 막기 위한 유일한 수단인 경우에 한해, 반드시 해당 정신보건시설에서 공식적으로 승인된 절차에 따라서 사용되어야 한다. 또한 이같은 목적에 반드시 필요한 기간을 초과해 연장되어서는 안된다. 모든 신체적 강박이나 비자발적 격리 사례는 그 이유와 성격, 범위를 환자의 의료기록에 기록해야만 한다. 강박 및 격리된 환자는 인도적인 환경에 처해야 하며, 자격을 갖춘 의료진이 정기적으로 세밀하게 감독하고 보

살펴야 한다. 관련된 개인 대리인이 있는 경우 환자의 신체적 강박이나 비자발적 격리에 대해 반드시 즉시 통보해야 한다."고 규정하고 있고, 원칙 제14조 제1항에서는 정신보건시설이 ①의학 및 기타 적합한 전문적 자격을 갖춘 직원의 수가 충분해야 하며, 모든 환자들이 사생활을 보호받을 수 있을 만큼 충분한 공간과 적절하고 능동적인 프로그램, ②환자의 진단 및 치료시설, ③적절한 전문적 치료, ④약물치료제공 등 적합하고 정기적이며 종합적인 치료를 포함하여 다른 보건시설과 같은 수준의 자원을 갖출 것은 요구하고 있다.

이러한 MI 원칙에 따라 세계보건기구에서 작성한 가이드북은 격리·강박에 관해 각국의 정신보건법에 포함되어야 할 지침을 제공하고 있다.

격리와 강박이 환자 자신과 타인에게 닥칠 위급한 상황을 방지할 유일한 수단일 때 이러한 조치가 법적으로 허가될 수 있다.

- 격리와 강박은 가능한 짧은 시간 내에 행해져야 한다. (수 분 혹은 수 시간)
- 한번 격리·강박한 후에 바로 뒤따라 같은 조처를 취해서는 안 된다.
- 환자에게 격리와 강박을 가할 경우, 수동적인 관찰 외에 환자와의 능동적이고 개별적인 접촉을 할 필요가 있다.
- 직원의 편익을 위해 또는 처벌의 수단으로 환자를 격리 및 강박시키는 것은 반드시 법적으로 금지되어야 한다.
- 자원이 부족해서 격리와 강박의 방법이 사용되는 실정을 개선시키기 위해 기반시설과 자원의 확충을 법적으로 장려해야 한다.
- 격리와 강박의 예외적인 사용 절차
  a) 환자의 격리 및 강박에 대한 공인된 정신보건전문가의 인증이 있어야 한다.
  b) 정신의료기관은 그러한 절차를 안전하게 수행할 수 있는 적절한 시설이 있음을 인증 받아야 한다.
  c) 격리 및 강박의 이유와 기간, 신속한 해지를 위해 취해진 치료법은 이 절차를 승인한 정신보건전문가에 의해 환자의 진료기록에 기재되어야 한다.
- 모든 격리와 강박 기록은 관찰기구가 접근할 수 있는 문서에 기재되어야 한다.
- 환자의 가족/대변인은 환자가 격리.강박에 처해졌을 때 이에 대해 즉시 고지되어야 한다.

3절 외국 지침과 운영 실태

1793년 프랑스의 필립 피넬이 정신과 수용시설의 정신질환자를 쇠사슬로부터 해방시키면서 근대 정신의학이 출현한 이래, 정신과 환자에게 격리와 강박을 사용하는 것에 대한 정당성 논쟁은 서구를 중심으로 지속적으로 존재하여 왔다. 19세기 중엽 영국의 Connolly 와 Hill이 정신과 환자에 대한 모든 강압적인 방법은 철폐하고자 '강박조치 근절운동(No-restraint movement)'을 주창한(Jones K(1984) Robert Gandiner Hill and the non-restraint movement. Can J Psychiatry 29;121-124) 이래 현재까지도 여러 유럽 국가들에서 이에 대한 논의는 이어지고 있다(Colaizzi J (2005) Seclusion and restraint: a historical perspective. J Psychosoc Nurs mental Health Serv 43:31–37). 하지만 정신과 시설에서 격리와 강박 사용을 완전히 없앤 국가는 아직 없는 실정이며, 이를 완전히 근절할 수 있는 다른 치료적 방책 역시 확립된 것은 없다(Salib E, Ahmed AG, Cope M (1998) Practice of seclusion: a fiveyear retrospective review in North Cheshire. Med Sci Law 38:321–327). 본 장에서는 해외에서의 격리와 강박 조치의 유용성에 대한 인식 및 최소화를 위한 제반 노력과 안전확보 및 인권침해방지를 위한 외국의 격리·강박지침을 2015년 보건복지부가 발행한 정신건강사업안내의 격리 및 강박지침과 비교하여 살펴보고자 한다.

1. 격리와 강박의 유용성에 대한 인식 및 최소화를 위한 제반 노력

정신과 환자에 대한 격리와 강박조치는 크게 두 가지 목적으로 시행되고 있다. 첫째는 환자에게 적절한 제한과 지나친 자극 감소를 통해 치료적 환경을 조성하는 것이며. 둘째는 환자의 폭력적 행동으로부터 환자자신, 병동의 다른 환자 및 의료진을 보호하는 것이다. 하지만 현재까지 격리와 강박조치가 환자의 정신과 질환에 치료적 환경으로 작용한다는 것을 입증할 과학적 증거는 없는 상태이다. 따라서 현재 해외의 주요 전문가집단이나 정부의 규정은 격리와 강박을 치료적 방법의 일종으로 간주하지 않고 있는 추세이며, 상기의 두 번째 목적 즉 폭력적 행동에 대한 제한으로 국한되어 있다. 2005년 유럽연합위원회의 녹색보고(European Union commission Green Paper)에서는 "정신질환자의 권리와 존엄성의 보호 및 사회적 포용을 통해 삶의 질을 개선"하는 것이 긴급하게 필요함을 지적한 바 있다 (European Commission (2005) Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf). 또한 유럽평의회의 백색보고(the White Paper of the Council of Europe)에서는 "단기간의 격리와 강박의 사용은 반드시 이해득실을 따져본 후 시행이 되어야 하며" 또한 "

환자의 폭력적 행동에 대한 반응은 먼저 직원이 대화로서 해결을 시도하고 그 이후에도 요구될 경우에만 치료진에 의한 육체적 제지를 하고 물리적 강박은 최후의 수단으로서만 사용" 할 것을 명시한 바 있다(Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe (2005) White paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorders, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. Council of Europe. http://www.ijic.org/docs/psychiatry.pdf.).

미국의 경우에는 1998년 10월 언론사인 Hartford Courant에서 1988년부터 1998년까지 미국 정신과병원에서 격리와 강박중에 사망한 142 건을 분석한 심층기사를 연속적으로 보도하였다. 이중 약 30%는 질식사 였고, 12%는 40세 이전이며 과거 심장질환 병력이 없는 데도 불구하고 심장마비로 사망하였고, 5%는 병원의 과실에 의한 것으로 밝혀졌다. 53%의 죽음은 명확한 원인을 밝힐 수도 없었다. 이러한 언론보도로 촉발된 공분은 이후 전문가 집단이나 주정부의 변화를 이끌어 내어서 미국 의료서비스재정관리위원회(The Health Care Financing Administration)는 병원에서의 보고관리지침을 제정하는 등 격리와 강박의 사용을 보다 더 엄격히 규제관리하게 되었다(Health Care Financing Administration. Hospital condition of participation. Federal Register Doc 99-16543. Washington, DC: Goverment Printing Office, 1999).

강박과 격리를 최소한 하기 위한 노력은 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있다.

첫째는 강박과 격리에 대한 규제 및 관리를 강화하고 또한 격리와 강박 처치가 용이하지 않게 하는 것이다.

상기에 서술한 유럽연합과 미국외에도 일본의 경우 1998년에 경리와 강박에 대한 모니터링이 의무화되었으며 정신과 시설은 매달 강박과 경리과정을 보여주는 요약표를 비치하여야 한다. 그리고 매달 적절한 강박과 격리 및 강박과 격리를 줄여나갈 토의를 하는 위원회가 열리도록 하였다. 또한 신경학 및 정신과학 국가센터(The center for neurology and psychiatry)는 강박과 격리를 줄이고 그 방법을 개선시키고자하는 훈련프로그램을 제공하고 있다. 호주의 경우에도 2005년 보건부에 의해 강박과 격리의 근절 내지 줄이기 위한 조치를 포함한 정신건강상 국가적 안전 우선해결문제(the National safety priorities in mental health: a national plan for reducing harm)를 발표한 바 있다. 이러한 행정적 조치와 관리가 격리와 강박을 줄이는 데 효과가 있다는 것을 지지하는 연구도 발표된 바 있다(Currier GW, Farley-Toombs C. Datapoints: use of restraint before and after implementation of the new HCFA rules. Psychiatr Serv 2002; 53:138.).

격리와 강박 처치를 용이하지 않게 하기 위해서 미국, 유럽, 일본, 호주 등 대부분의 국가에서는 정부기관에서 정한 격리·강박에 대한 지침상 시행요건을 더 엄격하고 세분화하고 또한 그 시행과정의 규정도 강화하였다. 1997년 미국 펜실베이니아 주정부의 정신건강 및 약물남용관리 사무국(OMHSAS)은 격리와 강박을 환자나 다른 사람이 급박한 위험에 처하고 다른 모든 수단이 실패할 때만 사용하도록 하였다. 또한 의사만이 격리·강박을 명령 할 수 있으며 그 명령은 1시간을 초과하지 못하고, 다시 추가로 필요하면 사전에 의사의 검사가 필수적이며 만일 문서상이 아닌 구두 명령으로 이루어질 경우에는 30분이내에 의사의 직접적인 진찰을 하도록 규정하였다. 또한 매번 환자에게 반드시 설명을 해 주도록 강제하였다. 이와 같은 조치 결과 강박시간은 97%(60.58시간에서 2.58시간으로 감소/1000 patient days), 강박조치빈도는 65%(3.98회에서 1.39회/1000 patient days), 격리시간은 96%(32.83시간에서 1.37시간/1000 patient days), 격리빈도는 70%(3.02회에서 0.90회/1000 patient days)로 각각 감소되었다.

두 번째는 정신과 환자의 폭력적 행동을 줄이거나 격리와 강박이 아닌 대처방법을 사용하여서 격리와 강박을 줄이고자 하는 것이다.

보고된 연구에 따라서 상반된 결과를 보이기는 하지만 폭력적 행동의 유발요인으로 꼽히는 것들이 병동의 환자과밀(Brooks K, Mulaik J, Gilead M, Daniels B. Patient overcrowding in psychiatric hospital units: effects on seclusion and restraint. Adm Policy Ment Health 1994;22:133-44), 환자와 의료진간의 인적 비율(Morrison P, Lehane M. Staffing levels and seclusion use. J Adv Nurs 1995;22:1193-202) 병동 의료진의 근무교대시간(Kaplan Z, Schild K, Levin J. Violence in hospitalized psychiatric patients: diurnal and seasonal patterns. Psychiatry Res 1996:60:199-204) 등이 있다. 환자의 폭력적 행동에 대한 격리·강박 이외의 대처방안도 여러 가지가 연구되고 보고 된 바 있다. 환자의 불안이나 초조를 수용하고 안정을 취할 수 있는 다감각(muti-sensory) 치료실이나 이완할 수 있도록 특별히 실내 가구를 한 방(Champagne T, Stromberg N. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: innovative alternatives to seclusion & restraint. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2004; 42:34–44), 문제행동을 조기발견하고 처리하는 프로그램(D'Orio BM, Purselle D, Stevens D, Garlow S. Reduction of episodes of seclusion and restraint in a psychiatric emergency service. Psychiatr Serv 2004; 55:581–583.), 강박 위험 환자의 발견, 환자 교육, 의료진 교육, 위기대응팀 구성 그리고 모든 강박조치에 대한 일일 점검등으로 구성된 복합적 프로그램(McCue RE, Urcuyo L, Lilu Y, et al. Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. J Behav Health Serv Res 2004; 31:217–224)등이 격리와 강박을 줄이는 데 효과적이라고 보고되었다. 특히 의료진에 대한

교육과 훈련은 여러 연구에서 일관되게 격리와 강박을 감소시키는 데 효과가 있다고 보고된 바 있다(Forster P, Cavness C, Phelps M. Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. Arch Psychiatr Nurs 1999;13:269-71).

2. 격리와 강박을 시행할 경우 안전 확보와 인권침해방지를 위한 해외 지침 -2015년 보건복지부 발행 정신건강사업안내의 격리 및 강박지침과 비교-

격리 및 강박 조치를 시행할 때 명문화된 지침서가 필요한 이유는 몇 가지로 나열할 수 있다. 첫 번째는 폭력적 행동을 보이는 환자 및 병동의 다른 환자 그리고 의료진의 안전을 충분히 확보하고 두 번째는 이런 시행과정이 환자의 인권을 침해하고 환자에게 외상으로 남을 여지를 최소화하고 세 번째는 격리 및 강박조치가 치료진의 편의를 위해 남용되는 것을 억제하기 위해 치료진이 용이하게 하기 어렵도록 만드는 것 등이라 할 수 있다. 이런 세 가지 목적에 비추어서 보건복지부의 격리 및 강박지침을 외국사례와 비교해 보고자 한다.

국내 지침은 2015년 보건복지부 발행 정신건강사업안내에 수록된 격리와 강박지침을 대상으로 하고 외국 사례로는 미국 의료보험 및 의료부조 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services) 2008년10월 지침서, 미국 뉴욕주 정신건강사무국 강박 및 격리지침서(Implementaion Guidelines:14NYCRR §526.4 Restraint and Seclusion) 그리고, 호주 보건부가 발행한 정신건강시설의 공격성, 격리 및 강박 지침(Aggression, Seclusion & Restraint in Mental Health Facilities in NSW. Document No.: PD2012_035)을 비교대상으로 하였다.

격리와 강박의 적응증은 국내에 비해 해외가 단순하다. 즉 상기 기술한 유럽평의회 백색보고에 밝힌 대로 격리와 강박은 폭력적 행동에 대해 다른 조치가 다 실패한 후 “최후의 수단”으로서만 사용할 수 있도록 되어있다. 미국 의료보험 및 의료부조 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services) 2008년10월 지침서에서도 환자나 의료진 및 타인에게 긴급한 신체적 안전을 위해서만 사용하여야 하며 의료진의 강압, 규칙, 편의, 보복의 목적으로 강박과 격리는 사용할 수 없다고 규정되어 있다. 호주의 경우에도 강박과 격리가 처벌이나 위협, 환자의 치료, 또는 의료진의 부족 등의 목적으로 사용을 금하고 있다.

격리와 강박의 명령은 뉴욕주의 경우 의사의 서명이 포함된 서면 명령이 반드시 있어야 한다. 만약 상황이 급박하여서 의사의 구두 명령에 의해 격리·강박이 실시될 경우에는 의사는 30분 이내에 환자와 직접 면담을 하고 서면으로 명령을 작성해야 한다. 또한 다시

격리·강박이 필요하다면 명령은 그 때마다 매번 새롭게 작성되어야 하며, 필요시 격리·강박 수행하도록 허용하는 명령(PRN order)을 포함하여 한 번의 서면명령이 여러 차례의 강박, 격리를 시행하도록 하는 것은 금지하고 있다. 이러한 필요시 명령은 약물에 의한 화학적 강박의 경우에도 마찬가지로 금지하고 있다. 강박시간은 호주나 미국 뉴욕주 모두 한 번 명령으로 성인의 경우 4시간을 초과 할 수 없으며 만일 이를 초과할 경우에는 의사가 환자를 진찰한 이후 새로운 명령을 서면으로 작성하여야 만 하도록 규정하고 있다. 미국의 경우 서면명령을 계속 새로 낼 경우에도 24시간 이상은 할 수 없으며 만일 24시간 이후에도 환자가 위험하다고 판단이 될 경우에는 다른 의사가 환자를 면담 및 평가 한 이후에 추가의 명령을 내릴 수 있다. 이처럼 해외의 경우는 국내 지침에 비해 시간을 제한하고 의료진이 격리와 강박조치를 취할 때 용이성을 대폭 낮추어 놓았다.

격리실도 잘 설계되지 않았을 경우 환자가 불필요한 심리적 고통이나 불안을 야기할 뿐만 아니라 자살이나 자해를 유발 할 수 있기 때문에 실제 제작단계에서부터 세심한 주의가 필요하다. 미국의 경우 정신건강 시스템 국가 협회(National Association of Psychiatric Health System)에서 제정한 행동건강 시설의 환경제작 지침(Guidelines for Built Environment of Behavior Health Facilities)에서 격리실의 적절한 크기, 조명, 벽면의 재질, 가시성의 확보 등에 대한 규정을 제시하고 있다. 뉴욕주의 지침서에서는 환자의 불안과 공격성을 줄이기 위해 격리실에서 안정될 수 있는 시각적, 청각적, 후각적, 촉각적 자극을 줄 수 있는 가구나 도구를 갖추어서 환자에게 스트레스로부터 벗어나서 안식처로 기능할 수 있도록 디자인 할 것을 권고하고 있다.

강박의 실시는 충분한 의료진 인원을 갖추도록 미국과 호주 모두 규정하고 있으며 특히 호주의 경우에는 강박 실시팀에 남성과 여성을 모두 있도록 하여서 강박당하는 환자의 심리적 안정을 주도록 하고 있다. 특히 환자가 엎드린 자세로 물리적 강박을 하는 것은 질식의 위험이 있어서 2-3분 이상을 넘지 않도록 규정하고 있다. 또한 미국과 호주 모두에서 격리와 강박을 실시하는 것이 환자나 또는 이 장면을 목격하는 환자나 다른 의료진에게 정신적 충격을 줄 수 있다는 것에 주목하여서 환자 본인은 물론 목격한 사람들에게도 이런 조치의 필요성과 불가피성에 대해 충분히 설명하도록 의무화하였다. 또한 격리·강박사실은 환자의 가족에게 최대한 빠른 시간 내에 통지하도록 규정하였다.

격리와 강박을 실시하고 나면 뉴욕주의 지침에서는 간호사를 포함한 훈련과 적절한 자격을 갖춘 의료진에 의해서 환자의 정신상태, 활력 징후을 포함한 신체적 상태 그리고 격리나 강박을 중단할 수 있을 가능성 등에 대한 평가가 적어도 매 30분마다 하도록 되어 있다. 또한 환자에 대한 관찰은 정해진 의료진 중 1명이 강박이 끌날 때 까지 계속 지켜보아

야 하며 환자가 하는 말이나 소리 역시 지속적으로 듣고 대답하여서 안정시키도록 되어 있다.

미국이나 호주 모두 강박의 도구로서 위원회의 심사를 거친 것 만을 사용하도록 하고 있으며 천이나 가죽으로 이루어진 강박도구를 사용토록 하고 수갑이나 쇠사슬 그리고 환자의 입부위를 막는 어떤 형태의 행위도 금하여서 질식의 위험을 최소화하고자 하였다.

무엇보다도 국내 격리 및 강박지침은 해외에 비해 양적인 측면에서 현격한 차이가 난다. 현행 보건복지부 격리 및 강박지침은 격리 및 강박시행일지 양식을 포함하여 모두 3 쪽으로 구성되어 있다. 하지만 해외의 경우 미국 뉴욕주 정신건강사무국 강박 및 격리지침서(Implementaion Guidelines:14NYCRR §526.4 Restraint and Seclusion)는 총 26쪽이며, 호주 보건부가 발행한 정신건강시설의 공격성, 격리 및 강박 지침(Aggression, Seclusion & Restraint in Mental Health Facilities in NSW. Document No.: PD2012_035)은 59쪽에 달한다. 해외의 경우에는 지침서의 배경, 목적, 법적 책임문제, 의료진에 대한 교육, 격리와 강박조치로 인한 위험성, 폭력적 행동에 대해 격리 및 강박조치전에 할 수 있는 제반 조치등을 포함하여 종합적이고 광범위한 내용을 지침서에 포함시키며, 이를 의료진에게 충분히 주치하도록 규정하고 있으며 실제 지침서 자체가 하나의 교재로 기능하도록 되어 있다는 점이 국내 지침서와 큰 차이를 보여준다.

VOICEYE
voiceye.com

제3장. 정신병원 격리·강박시설 현장조사 결과

1절. 현장조사 대상과 방법

1. 현장조사 규모

현장조사는 예비조사를 포함하여 2015년 5월부터 8월까지 진행하였다. 현장조사 대상에 포함된 정신병원은 국립정신병원 3개, 공립정신병원 2개와 사립정신병원 17개로 총 22개 정신병원이었다. 조사대상 정신병원 소재지는 인천 경기 10개, 서울 3개, 대구 경북 3개, 광주 전남 3개, 충남 2개, 강원 1개의 지역별 분포를 보였다. 현장조사 대상병원의 병상수와 정신과 전문의 수는 다음과 같다.

[표3-1] 현장조사 대상병원

연번	구분	병원	병상수	전문의 수	지역
A	국립	국립OO병원	248	10	충남
B	국립	국립OO병원	450	12	전남
C	국립	국립)OO병원	274	24	서울
D	공립	OO정신병원	270	5	경기
E	공립	OO정신병원	296	5	경기
F	사립	OO병원	258	8	대구
G	사립	OOOO병원	189	4	광주
H	사립	OOOO병원	298	5	전남
I	사립	OOOO병원	299	5	강원
J	사립	OO정신병원	299	8	경기
K	사립	OO병원	299	5	경북
L	사립	OOOO병원	291	5	대구
M	사립	OO병원	228	4	인천
N	사립	OO신경정신병원	486	7	경기
O	사립	OOO병원	120	2	경기
P	사립	OO정신병원	1,032	19	경기
Q	사립	OO병원	234	4	서울
R	사립	OO병원	150	2	경기
S	사립	OOO병원	297	6	경기
T	사립	OOO병원	200	3	서울
U	사립	OOOO병원	198	3	충남
V	사립	OOO정신병원	500	9	서울

2. 현장조사 방법

현장조사를 위해 조사대상 정신병원에 격리·강박 관련 자료 제출을 요청하였다. 제출을 요청한 자료는 정신병원 기초현황. 의료인력현황, 입원환자현황, 격리·강박 현황 등으로. 연구진은 보내온 자료를 분석 숙지한 후 현장조사에 착수하였다.

현장조사는 전체 병동 조사를 원칙으로 하였고 두 팀으로 나누어 진행하였다. 한 팀은 격리실 시설과 강박도구 관련 체크리스트로 조사하였고 다른 한 팀은 격리·강박 수행관련 자료를 열람하고 격리·강박 사례를 분석하였다.

정신병원 자료열람은 전체 폐쇄병동에서 진행하였으며 열람 내용은 병원 종사자 인력현황표 입원환자현황(비자의입원율 등) 격리·강박 관련 병원 내부규정 및 매뉴얼, 전년도 격리·강박 통계, 격리·강박 환자 진료기록, 격리·강박 일지, 격리·강박 장부 등이었다.

격리실 시설조사는 폐쇄병동의 격리실 전수 조사를 원칙으로 하였고 시설조사를 위한 체크리스트에는 격리실 수, 격리실 위치, 격리실 크기, 격리실 내부시설물, CCTV 여부, 강박도구 등의 내용을 포함하였다.(그림1).

[그림 1] 격리시설 현장조사

2절. 정신병원 격리·강박 시설 및 운영에 관한 현장조사 결과

1. 일반현황

가. 병원별 폐쇄 병상과 다인실 현황

22개 조사대상 병원의 폐쇄병상과 7인 이상 다인실의 분포를 확인하고 비교분석하였다.

조사대상 병원의 평균 병상 수는 314개이고 평균 폐쇄병상 수는 247개 (최저 120, 최고 909개)였다. 병원분류별 폐쇄병상 수는 국립병원 214개, 공립병원 198개, 사립병원 258개로 사립병원의 폐쇄병상 수가 전체 평균보다 많은 것으로 나타났다.

조사대상 병원의 전체병상 수에 대한 평균 폐쇄병상 비율은 78%였다. 병원분류별 폐쇄병상 비율은 국립병원 67%, 공립병원 70%, 사립병원 80%로 국공립에 비해 사립병원의 폐쇄병상 비율이 평균 이상으로 높은 것으로 나타났다.

폐쇄병동에서 7인 이상 다인실 비율은 평균 60% (국립 45%, 공립 74%, 사립 61%)로 나타났는데 이는 7인 이상 다인실이 전체 병실의 과반수로 과밀한 폐쇄병동 환경임을 시사하고 있었다 (그림2).

[그림 2] 폐쇄병동 다인실 내부 (사립병원)

입원환경 분석을 위해 폐쇄병상 비율과 다인실 비율이 평균치보다 모두 낮은 경우를 '양호', 모두 높은 경우를 '미흡'으로 평가기준을 정하고 분석하였다. 국립병원 2개(A,B), 공립

병원 1개(D), 사립병원 2개(F,J)가 양호로 평가되었으나 비교적 낙후된 시설인 국립병원 1개(C)와 300병상 미만의 사립병원 7개가 미흡으로 평가되었다 (표3-2).

이 결과를 보면 조사대상 병원에서 폐쇄병상 비율이 높을수록 다인실 비율도 높은 것으로 나타났다. 장기간 제한된 공간에서 입원하고 있는 폐쇄병동 환자들에게 과밀한 병실 환경은 스트레스로 작용할 가능성이 높을 것으로 보인다. 더구나 과밀한 병실과 같은 스트레스적 환경은 환자 간의 다툼을 야기할 가능성이 높고 정서적 안정감을 저하시키는 요인이 되어 격리나 강박의 원인이 될 수 있음을 시사하고 있다.

[표3-2] 폐쇄병상과 다인실 현황

병원명	구분	병상수 (개)	폐쇄 병상수 (개)	**폐쇄 병상(%)**	**다인실 (7병상이상) 비율(%)**	폐쇄병동 격리실 (개)	1개 격리실 대비 폐쇄병상 수(개)	평가
A	국립	248	128	**52**	**54**	8	16	양호
B	국립	450	270	**60**	**11**	11	25	양호
C	국립	274	244	**89**	**72**	15	16	미흡
D	공립	270	180	**67**	**54**	4	45	양호
E	공립	296	217	**73**	**94**	8	27	
F	사립	258	129	**50**	**35**	4	32	양호
G	사립	189	124	**65**	**64**	4	31	
H	사립	298	201	**67**	**67**	8	25	
I	사립	299	207	**70**	**83**	5	41	
J	사립	299	220	**73**	**28**	10	22	양호
K	사립	299	220	**74**	**65**	6	37	
L	사립	291	234	**80**	**64**	6	39	미흡
M	사립	228	202	**87**	**92**	8	25	미흡
N	사립	486	424	**87**	**15.3**	14	30	
O	사립	120	106	**88**	**70**	3	35	미흡
P	사립	1032	909	**88**	**49**	24	38	
Q	사립	234	209	**89**	**79**	10	21	미흡
R	사립	150	135	**90**	**40**	3	45	
S	사립	297	267	**90**	**81**	6	45	미흡
T	사립	200	180	**90**	**95**	7	60	미흡
U	사립	198	178	**90**	**78**	8	22	미흡
V	사립	500	450	**90**	**34**	10	45	
평균		314	247	**78**	**60**		**33.8**	

평가기준
*양호 : 폐쇄병상비율과 다인실 비율이 모두 평균치보다 낮은 경우
*미흡 : 폐쇄병상비율과 다인실 비율이 모두 평균치보다 높은 경우

나. 의료 인력 현황

22개 조사대상 병원의 의료인력 현황을 확인하였다.

정신과의사 필요인력(입원환자60명당 1명)과 간호사 필요인력(입원환자 13명당 1명, 간호조무사는 간호사의 1/2명)보다 20%이상 충족된 경우를 '양호'로, 필요인력이 충족되지 않은 경우를 '미흡'으로 평가기준을 정하고 분석하였다. 정신과의사는 사립병원 3개에서 미흡으로, 간호사는 공립병원 1개와 사립병원 9개에서 미흡으로 평가되었는데, 특히 정신과의사와 간호사 모두 미흡한 병원은 사립병원 3개(R,T,U)로 나타났다.

[표3-3] 의료인력 현황

병원명	구분	병상수(개)	폐쇄병상수(개)	정신과 의사 필요인원 (입원환자 60인당1인)	**정신과 전문의** (전공의)	평가	간호사 필요인력 (입원환자 13인당1인)	**간호사 (명)**	**보조 간호사 (1/2 간호사)**	**평가**
A	국립	248	128	5	**10(6)**	양호	19	**43**	**31**	양호
B	국립	450	270	8	**12(11)**	양호	35	**66**	**50**	양호
C	국립	274	244	5	**24(16)**	양호	21	**96**	**73**	양호
D	공립	270	180	5	**5**	적정	21	**14**	**13**	
E	공립	296	217	5	**5**	적정	23	**15**	**12**	미흡(-2)
F	사립	258	129	5	**8**	양호	20	**27**	**17**	양호
G	사립	189	124	4	**4**	적정	15	**9**	**10**	미흡(-1)
H	사립	298	201	5	**5**	적정	23	**14**	**10**	미흡(-4)
I	사립	299	207	5	**5**	적정	23	**19**	**7**	미흡(-0.5)
J	사립	299	220	5	**8(6)**	양호	23	**55**	**20**	양호
K	사립	299	220	5	**5**	적정	23	**22**	**3**	
L	사립	291	234	5	**5**	적정	23	**14**	**9**	미흡(-3.5)
M	사립	228	202	4	**4**	적정	18	**16**	**9**	
N	사립	486	424	7	**7**	적정	26	**26**	**7**	
O	사립	120	106	2	**2**	적정	10	**5**	**5**	미흡(-2.5)
P	사립	1032	909	18	**19(7)**	양호	80	**65**	**50**	
Q	사립	234	209	4	**4**	적정	18	**11**	**9**	미흡(-2.5)
R	사립	150	135	3	**2**	미흡(-1)	12	**6**	**5**	미흡(-3.5)
S	사립	297	267	5	**6**	양호	23	**26**	**9**	양호
T	사립	200	180	4	**3**	미흡(-1)	16	**12**	**5**	미흡(-1.5)
U	사립	198	178	4	**3**	미흡(-1)	16	**8**	**8**	미흡(-4)
V	사립	500	450	9	**9**	적정	39	**39**	**0**	
F평균		**314**	**247**							

평가기준

*양호 : 정신과의료진과 간호인력이 각각 필요인원 20% 이상인 경우

*미흡 : 정신과의료진과 간호인력이 각각 필요인원 이하인 경우

의료인력 부족과 폐쇄병상 비율의 연관성을 확인해 보았다. 정신과의사와 간호사 수가 필요인력에 미치지 못한 사립병원 3개 (R,T,U)의 폐쇄병상 비율은 모두 90%로, 의료인력의 부족 현상과 높은 폐쇄병동 비율은 비례하는 것으로 나타났다. 특히 의료인력의 부족은 환자 관리에 있어서 환자의 감정이나 행동 관련 문제 발생 시 쉽게 격리나 강박으로 이어질 위험성이 있어서 적절한 의료인력의 충원이 절실하다고 하겠다.

다. 비자의 입원과 장기입원 현황

22개 조사대상 병원의 폐쇄병동 입원환자 현황을 확인하고자 현 입원환자 중 비자의 입원 비율과 6개월 이상 입원하고 있는 장기입원환자 비율을 조사하였다. 조사대상 병원의 평균 비자의 입원환자 비율은 71.5% (국립 61% 공립81%, 사립 72%)였고, 평균 6개월 이상 장기 입원환자 비율은 39.0% (국립 14% 공립73%, 사립 39%)였다.

[표3-4] 비자의 입원과 장기입원 현황

병원명	구분	병상수 (개)	폐쇄 병상수 (개)	보험 (%)	보호 (%)	자의 입원 (%)	**비자의 입원(%)**	**6개월이상 입원(%)**	평가
A	국립	248	128	56	44	28	**72**	**42**	
B	국립	450	270	31	69	54	**46**	**0**	양호
C	국립	274	244	65	35	35	**65**	**0.4**	양호
D	공립	270	180	18	82	17	**83**	**76**	미흡
E	공립	296	217	30	70	20	**80**	**70**	미흡
F	사립	258	129	65	35	40	**60**	**0**	양호
G	사립	189	124	28	72	57	**43**	**22**	양호
H	사립	298	201	34	66	48	**52**	**60**	
I	사립	299	207	34	66	27	**73**	**35**	
J	사립	299	220	63	37	50	**50**	**8.6**	양호
K	사립	299	220	45	55	52	**48**	**58**	
L	사립	291	234	36	64	38	**62**	**50**	
M	사립	228	202	65	35	13	**87**	**13.4**	
N	사립	486	424	28	72	16	**84**	**74**	미흡
O	사립	120	106	25	75	20	**80**	**50**	미흡
P	사립	1032	909	20	80	18	**82**	**60**	미흡
Q	사립	234	209	47	53	21	**79**	**15.7**	
R	사립	150	135	75	25	5	**95**	**0**	
S	사립	297	267	46	54	29	**71**	**60**	
T	사립	200	180	53	47	28	**72**	**21**	
U	사립	198	178	41	59	7	**93**	**70**	미흡
V	사립	500	450	28	72	3	**97**	**72**	미흡
평균		314	247	42.4	57.6	28.4	**71.5**	**39.0**	

평가기준

*양호 : 비자의입원비율과 6개월 이상 입원환자비율이 모두 평균치보다 낮은 경우

*미흡 : 비자의입원비율과 6개월 이상 입원환자비율이 모두 평균치보다 높은 경우

비자의 입원 비율과 6개월 이상 장기입원 비율이 모두 평균보다 낮은 경우를 '양호'로, 모두 평균보다 높은 경우를 '미흡'으로 평가기준을 정하고 분석하였다. 국립병원 2개(B,C), 사립병원 3개(F,G,J)가 양호로 평가되었고, 공립병원 2개(D,E,)와 사립병원 5개(N,O,P,U,V)가 미흡으로 평가되었다. 비자의입원 비율과 6개월이상 장기입원 비율은 비례하는 것으로 나타났으며 특히 시장군수에 의한 비자의 입원이 많은 공립병원의 경우 장기입원으로 연결되고 있음을 보여주고 있다.

2. 격리·강박 시설 및 도구 현황

가. 격리실 위치, 면적 및 위생 상태

[표3-5] 격리실 위치와 면적

병원명	구분	폐쇄병상(개)	격리실(개)		개방형 간호사실	격리실 위치			면적(㎡)	기타	평가
			권장	방문병원		간호사실 내부	간호사실 외부(병동 분리)	간호사실 외부(병동 내부)			
A	국립	128	3	4	O	O			7.0		양호
B	국립	270	6	11	O			O	6.3		
C	국립	244	5	15				O	9.1		미흡
D	공립	180	4	4	O	O			5.4		양호
E	공립	217	5	8		O			5.3		양호
F	사립	129	3	4			O		7.2		양호
G	사립	124	3	4			O		4.2 (1.2)	생각방, 입원대기	
H	사립	201	5	8			O		4.2		
I	사립	207	5	5				O	3.8	소변냄새	
J	사립	220	5	10	O	O			6.0		양호
K	사립	220	5	6				O	8.1		미흡
L	사립	234	5	6				O	4.2		미흡
M	사립	202	5	8			O		5.1	바닥에 대변	
N	사립	424	9	14				O	5.3		미흡
O	사립	106	3	3			O		4.5	소변냄새	
P	사립	909	20	24				O*	5.5	병실 안에 격리실 3개	미흡
Q	사립	209	5	10			O		3.5	입원대기, 소변냄새,	
R	사립	135	3	3				O	3.7	병실내 강박	미흡
S	사립	267	6	6		O			4.6		
T	사립	180	4	7		O			3.4	2병상/실, 소변냄새	
U	사립	178	4	8				O	4.8	입원대기	미흡
V	사립	450	10	10				O	6.5		미흡
평균		**247**		**8.0**					**5.3**		

평가기준 :
*양호 : 격리실 위치가 간호사실 내부에 있어 적시에 격리실 접근이 용이한 경우, 평균이상의 격리실 면적 확보
*미흡 : 격리실 위치가 간호사실 외부에 있어서 적시에 격리실 접근이 용이하지 않고, 병동 내 타 환자의 접근이 가능해 격리환자의 사생활권이 침해되는 경우

22개 현장조사 대상병원의 폐쇄병동 격리실을 전수 조사하였고 격리실의 위치와 최소면적 및 위생 상태를 확인하였다.

개방형 간호사실(병동과 간호사실 사이에 유리칸막이가 없음)의 조건을 갖추고 있는 병원은 국공립병원 3개(A,B,D)와 사립병원 1개(J)였다.

조사대상 병원들의 평균 격리실 면적은 5.3㎡였으며 최소 1.2㎡에서부터, 최대 9.1㎡로 조사되었다. 이는 격리실 면적에 대한 보건복지부 지침 내용이 없는 현실을 반영하고 있는 것으로, 안전한 강박을 실시하기 위한 격리실의 면적으로 판단하기에 비좁은 격리실이 많았다. 특히 G사립병원에는 1.2㎡의 격리실을 운영하고 있어서 조사원이 들어가 웅크리고 앉아도 비좁은 크기여서 최소면적에 대한 규정이 반드시 필요하다고 하겠다.

격리실 내부의 위생 상태는 사립병원들(I,M,O,P,Q,R,T)의 경우 매우 열악한 것으로 나타났다. 격리실 내에 대소변기가 방치되어 악취가 매우 심하였고(그림3), 격리실 벽에 곰팡이 자국을 발견할 수 있었으며, 외부환기창이 없는 경우 더 심하였다.(그림4,5)

[그림 3] 격리실 내부 소변기

[그림 4] 외부환기창 없는 격리실

[그림 5] 외부환기창 없는 격리실

이 병원들은 알콜의존증 환자의 경우 격리실을 입원초기 집중관찰실로 사용하기도 하였고 한 개 격리실 안에 두 개의 병상이 있는 곳도 있었다(그림6).

[그림 6] 한 격리실 내 두 개의 병상

격리실 위치가 간호사실 외부에 위치하여 공동거실에 있는 다른 환자들이 격리실 창을 통해 병동 내 타 환자가 격리실 환자를 쉽게 들여다볼 수 있는 구조가 많았는데, 격리된 상태의 노출이나 용변을 볼 때 등 격리 환자의 사생활권 보호를 심각하게 침해하고 있어서 이에 대한 시급한 조치가 필요하다고 판단되었다(그림7,8).

[그림 7] 격리실 내부의 노출

[그림 8] 간호사실 외부의 병동 공동거실에 위치한 격리실

특히 사립병원 P의 경우, 간호사실에서 가장 멀리 위치한 병실 내에 3개의 격리실이 운영되고 있어서 격리된 환자나 병실 내 입원환자 모두에게 안정감을 해치는 환경으로 격리실의 목적이 불분명한 대표적인 사례라고 하겠다(그림9). 격리실 위치는 반드시 간호사실 내부에 위치해야 할 것이나 외부에 위치할 경우, 병동과는 독립적인 공간을 확보하여 병동 내 타 환자들이 관찰창을 통해 들여다보는 일이 없어야 할 것이다.

[그림 9] 환자 병실 내부에 위치한 격리실 3개

격리실 평가를 위해 격리실 위치가 간호사실 내부에 위치하여 적시에 격리실 접근이 용이하고, 위생상태가 양호하며 평균 이상의 격리실 면적을 확보한 경우를 '양호'로, 격리실 위치가 간호사실 외부에 있어서 적시에 격리실 접근이 용이하지 않고 병동 내 타 환자의 격리실 접근이 가능해 격리된 환자의 사생활권이 침해하는 경우를 '미흡'으로 평가기준을 정하고 분석하였다. 3개의 국공립병원(A,D,E)과 2개의 사립병원(F,J)이 '양호'로 평가되었다. 한편 개방형 간호사실을 운영하고 있는 4개 병원 중 3개 병원이 '양호'로 평가되어 개방형 간호사실 운영과 격리실 시설의 적절함은 비례하는 것으로 나타났다.

나. 격리실 내부시설

[표3-6] 격리실 내부시설

병원명	구분	폐쇄병상(개)	필요 격리실 수(개)	격리실(개)	**면적(㎡)**	**환기창문**	**관찰창문**	**CCTV**	**화장실**	**벽면충격방지**	**수면등**	**병상높이**	**위생**	평가
A	국립	128	3	4	7.0	O	**O+**	O	O	O	O		O	양호
B	국립	270	6	11	6.3	O	O	X	O	O	O		O	양호
C	국립	244	5	15	9.1	X	O	O	X	O	X		X	
D	공립	180	4	4	5.4	O	O	X	O	X	O	50cm	O	양호
E	공립	217	5	8	5.3	O	O	O	O	X	O	50cm	O	양호
F	사립	129	3	4	7.2	O	O	O	X	O	X	50cm	-	양호
G	사립	124	3	4	4.2 (1.2)	O	O	X	X	X	X		-	미흡
H	사립	201	5	8	4.2	X	O	O	X	X	X		X	미흡
I	사립	207	5	5	3.8	X	O	O	X	X	X		X	미흡
J	사립	220	5	10	6.0	O	O	X	O	O	O	40cm	O	양호
K	사립	220	5	6	8.1	X	O	O	X	X	X		-	
L	사립	234	5	6	4.2	X	O	O	X	X	X		-	미흡
M	사립	202	5	8	5.1	X	O	O	X	X	X		X	미흡
N	사립	424	9	14	5.3	O	O	X	X	X	X		-	
O	사립	106	3	3	4.5	X	O	O	X	X	X		X	미흡
P	사립	909	20	24	5.5	X	O	X	X	X	X		-	미흡
Q	사립	209	5	10	3.5	X	O	X	X	X	X		X	미흡
R	사립	135	3	3	3.7	X	O	X	X	X	X		-	미흡
S	사립	267	6	6	4.6	X	O	O	X	**O**	X	40cm	-	
T	사립	180	4	7	3.4	X	O	O	X	X	X		X	미흡
U	사립	178	4	8	4.8	O	O	O	X	X	X		X	미흡
V	사립	450	10	10	6.5	O	X	O	X	X	X		-	미흡
평균		**247**		**8.0**	**5.3**									

평가기준 :
*양호 : 격리실 면적이 평균치 이상이고, 4개 이상의 시설 항목을 만족한 경우
*미흡 : 격리실 면적이 평균치 이하이거나 4개 이상의 시설 항목을 만족하지 못한 경우

격리실 내부시설 조사로서 격리실의 외부환기창, 관찰창(사생활권 침해여부 확인), CCTV, 벽면충격완화장치, 수면등, 화장실(세면대), 병상높이, 위생상태 등을 확인하였다. 격리실 면적이 평균치 이상이고, 4개 이상의 시설 항목을 만족한 경우를 '양호'로, 격리실 면적이 평균치 이하이거나 4개 이상의 시설 항목을 만족하지 못한 경우를 '미흡'으로 평가기준을 정하고 분석하였다.

4개의 국공립병원(A,B,D,E)과 2개의 사립병원(F,J)이 '양호'로 평가되었다(그림10).

한편 개방형 간호사실을 운영하고 있는 4개 병원 모두 '양호'로 평가되어 개방형 간호사실 운영과 격리실 내부시설의 적절함 또한 비례하는 것으로 나타났다.

[그림 10] 양호한 시설의 격리실 (사립병원)

특히 격리실 시설의 경우 사립병원(J)의 조건으로 표준화할 필요가 있는 바, 환자의 사생활권 보호를 위해 격리실 위치는 반드시 간호사실 내부에 위치하여 병동 복도에서 타 환자가 들여다보지 못하도록 하였고 격리실 내에 CCTV를 설치하지 않았으며, 격리실 면적은 5.0㎡이상이었고 침상 높이는 50cm이하였다.

특히 격리 중 환자의 안전을 위해 격리실 벽면에 충격완화쿠션의 부착이 반드시 필요함에도 불구하고 22개 조사대상 병원 중 6개 병원 (국립3개, 사립3개)에만 설치되어 있었다(그림11). 또한 격리실 내에 침대를 사용할 경우 침상높이는 50cm이하로 제작하여 환자의 안전을 고려한 병원은 5개 병원에 불과했다.

심리적 안정감과 쾌적한 환경을 위해 외부 환기창과 수면등의 설치가 필요하고(그림12), CCTV는 환자의 사생활권 보호를 위해 간호사실 내부에 위치할 경우 부착하지 않는 것이 좋겠다.

[그림 11] 격리실 벽면의 충격완화쿠션

[그림 12] 격리실 수면등

관찰창은 일부 간유리 또는 블라인드를 설치하고(그림13), 화장실은 간호사실 내부 또는 격리실 내부에 위치하되 외부에서 보이지 않도록 위치를 배려해야 할 것이다.

[그림 13]격리실 관찰창 (간유리 설치)

다. 강박 도구 현황

강박 도구 현황을 파악하기 위해 강박 도구 종류와 위생 상태를 조사했으며, 격리실에서 조사원을 대상으로 실제 강박 과정을 시연하고 문제점을 확인하고자 했다.

강박도구로서 강박시간을 최소화할 수 있는 자석식 강박도구를 사용하고 보관상태가 위생적인 경우를 '양호'로, 꼬인 끈이나 유도띠 만을 사용하거나 보관상태가 비위생적인 경우를 '미흡'으로 그 평가 기준을 정하고 분석하였다.

[표3-7] 강박 도구 현황

병원명	구분	폐쇄병상(개)	필요 격리실 수(개)	격리실(개)	자석식(독일제)	강박대 제작	유도끈(피부 손상 방지 없음)	강박 조끼	위생 및 기타	평가
A	국립	128	4	4	O			O		양호
B	국립	270	6	11			O모두		양팔 반대로 강박	미흡
C	국립	244	5	15	O					양호
D	공립	180	4	4	O	O 혼용			I회 강박도구 개별포장	양호
E	공립	217	5	8	O					양호
F	사립	129	3	4		O				
G	사립	124	3	4		O				
H	사립	201	5	8			O모두		끈이 꼬여서 피부손상 가능 높음	미흡
I	사립	207	5	5		O 가죽/천			소변냄새	
J	사립	220	5	10	O					양호
K	사립	220	5	6			O 모두	O	강박복 입히고 복도, 병실에 둠	미흡
L	사립	234	5	6		O				
M	사립	202	5	8		O			바닥에 대변I	
N	사립	424	9	14		O쿠션 없음	O꼬임		생리대 사용하여 강박	미흡
O	사립	106	3	3		O	O		환자복끈 소변냄새	미흡
P	사립	909	20	24		O	O			
Q	사립	209	5	10		O	O		소변냄새, 강박시 기저귀	미흡
R	사립	135	3	3		O 비닐/천			소변냄새	
S	사립	267	6	6		O 비닐/천				
T	사립	180	4	7		O			소변냄새	
U	사립	178	4	8		O		O		
V	사립	450	10	10			O 모두			미흡
평균		**247**		**8.0**						

평가기준 :
*양호 : 강박도구가 자석식이고 보관 상태가 청결한 경우
*미흡 : 강박도구로 꼬인 끈 또는 유도띠 만을 사용하거나 보관상태가 비위생적인 경우

조사대상 병원은 강박도구의 표준 규정이 없는 실정을 그대로 반영하고 있어서 제각각 제작한 강박도구를 사용하고 있는 것으로 확인되었다. 강박도구는 환자의 손상을 최소화하고 안전해야함에도 불구하고 쉽게 구하고 단단하게 강박할 수 있는 도구를 선호하였다

[그림 14] 자체 제작한 강박도구

강박도구로 유도띠만 사용하는 병원이 국립병원(B) 포함해서 4개(B,H,K,N)로 나타났다

[그림 15] 강박도구로 사용되고 있는 유도띠

유도띠의 사용은 강력한 강박을 할 수 있는 장점이 있으나 멍이나 피부손상의 위험으로 그 사용을 최소화해야 할 것이다(그림16)

[그림 16] 피부손상을 최소화하기에 부적합한 강박도구

또한 강박도구에서 심한 소변냄새가 나는 경우가 사립병원 5개(I,O,Q,R,T)에서 확인되었으며 끈이 꼬인 상태로 보관되고 있는 경우도 있었다. 환자의 안전을 위해서 사용 후 강박도구의 정리 및 청결상태 유지에 대한 주의가 필요하겠다.(그림17,18)

[그림 17] 꼬인 상태로 보관된 강박도구

[그림 18] 소변냄새가 심한 강박도구

4개의 국공립병원(A,C,D,E)과 1개의 사립병원(J)이 '양호'로 평가되었는데 모두 자석식 강박도구만을 사용하고 있었다(그림19). 강박도구는 환자의 안전을 최대화할 수 있는 점이 가장 중요한 바, 국공립병원에서 사용하는 자석부착 강박도구로 표준화할 필요가 있으며응급상황에서 신속한 사용을 위해 D병원(공립)의 경우에서처럼 보관 시 1회 사용분을 미리 개별 포장 보관하는 것도 좋겠다.(그림20)

[그림 19] 환자 안전에 적합한 자석식 강박도구

[그림 20] 1회 사용분을 개별 보관

한편 강박복의 경우 최근에는 잘 사용하지 않으나, K병원(사립) 경우처럼 강박복 착용 환자를 병실에나 복도에 방치해서는 안 되고 반드시 격리실에서 보호해야 할 것이다.

라. 종합평가 (격리·강박 시설 및 강박도구)

[표3-8] 종합평가 (격리시설 및 도구)

병원명	구분	병상수(개)	폐쇄병상 현황	의료인력 현황	환자 유형	격리실 위치	격리시설	강박 도구	종합 평가
A	국립	248	양호	양호	-	양호	양호	양호	+5
B	국립	450	양호	양호	양호		양호	미흡	+3
C	국립	274	미흡	양호	양호	미흡	-	양호	+1
D	공립	270	양호	-	미흡	양호	양호	양호	+3
E	공립	296	-	미흡	미흡	양호	양호	양호	+1
F	사립	258	양호	양호	양호	양호	양호	-	+5
G	사립	189	-	미흡	양호		미흡	-	-1
H	사립	298	-	미흡	-		미흡	미흡	-3
I	사립	299	-	미흡	-		미흡	-	-2
J	사립	299	양호	양호	양호	양호	양호	양호	+6
K	사립	299	-	-	-	미흡	-	미흡	-2
L	사립	291	미흡	미흡	-	미흡	미흡	-	-4
M	사립	228	미흡	-	-		미흡	-	-2
N	사립	486	-	-	미흡	미흡	-	미흡	-3
O	사립	120	미흡	미흡	미흡		미흡	미흡	-5
P	사립	1032	-	-	미흡	미흡	미흡	-	-3
Q	사립	234	미흡	미흡	-		미흡	미흡	-4
R	사립	150	-	미흡	-	미흡	미흡	-	-3
S	사립	297	미흡	양호	-		-	-	0
T	사립	200	미흡	미흡	-		미흡	-	-3
U	사립	198	미흡	미흡	미흡	미흡	미흡	-	-5
V	사립	500	-	-	미흡	미흡	미흡	미흡	-4
평균		314							

종합평가기준
*항목별로 양호의 경우 1점을 가산하고, 미흡의 경우 1점을 삭감하여 합산한다.

격리·강박 시설 및 도구에 대한 현장조사결과, 국공립병원 5개(A,B,C,D,E)와 사립병원 2개(F,J)가 양호한 것으로 평가되어 국공립병원이 사립병원에 비해 격리·강박 시설 및 도구에서 월등히 우수한 것으로 나타났다. 또한 폐쇄병상의 비율이 적고, 인력현황이 양호할수록 격리실 시설과 도구 현황도 양호하였고, 반면 폐쇄병상의 비율이 높고, 인력 현황이 미흡한 경우 격리·강박시설과 강박도구 현황 역시 미흡한 것으로 나타나 격리시설과 병상 및 인력현황의 관련성을 확인할 수 있었다.

3. 격리·강박 운영 현황

가. 격리·강박 자료

격리·강박 환자 통계 현황을 위해 격리·강박명부와 격리·강박일지를 확인하였다.

[표3-9] 격리·강박 자료

병원명	구분	병상수(개)	폐쇄병상수(개)	격리·강박 명부	격리·강박 위원회	격리·강박일지	EMR	병실 CCTV	prn	평가
A	국립	248	128	O		O	**O**			
B	국립	450	270	O		O	**O**			양호
C	국립	274	244	O		O	**O**			
D	공립	270	180	O		O	**O**			
E	공립	296	217			O				
F	사립	258	129	O	O	OO	**O**			양호+
G	사립	189	124			O				
H	사립	298	201	O		O미흡				미흡
I	사립	299	207	O		O미흡		O	O	미흡
J	사립	299	220			O				
K	사립	299	220			O				
L	사립	291	234			O				청구기록 통계
M	사립	228	202			O				
N	사립	486	424			O				
O	사립	120	106			O		O		
P	사립	1032	909			O	O			
Q	사립	234	209			O		O		
R	사립	150	135	O		O		-		
S	사립	297	267			O				
T	사립	200	180			O		O		
U	사립	198	178			O				
V	사립	500	450			O미흡				미흡
평균		**314**	**247**							

평가기준
*양호 : 격리·강박 통계 현황을 즉시 확인할 수 있으며, 격리·강박 위원회를 구성하거나 격리·강박 일지를 작성하고 있는 경우(EMR과 별도로 격리·강박일지 작성)

기간별 격리·강박 환자 통계를 즉시 확인할 수 있는 경우는 격리·강박 명부를 따로 작성하고 있는 사립병원 3개(H,I,R)와 EMR체계를 갖춘 5개 병원(A,B,C,D,F)이었다.

특히 격리·강박을 최소화하기 위한 노력을 하는 경우는 1개 사립병원(F)으로 '신체적 제한 최소화 위원회'를 운영하고 있었다. 그 외 대부분의 병원에서 격리·강박에 대한 통계를 파악할 수 없었고, 다만 환자 진료기록부를 모두 확인하거나 의료비 청구내역을 보고 역산출하였는데 이미 퇴원했거나 청구하지 않는 격리·강박의 경우는 확인할 방법이 없었다.

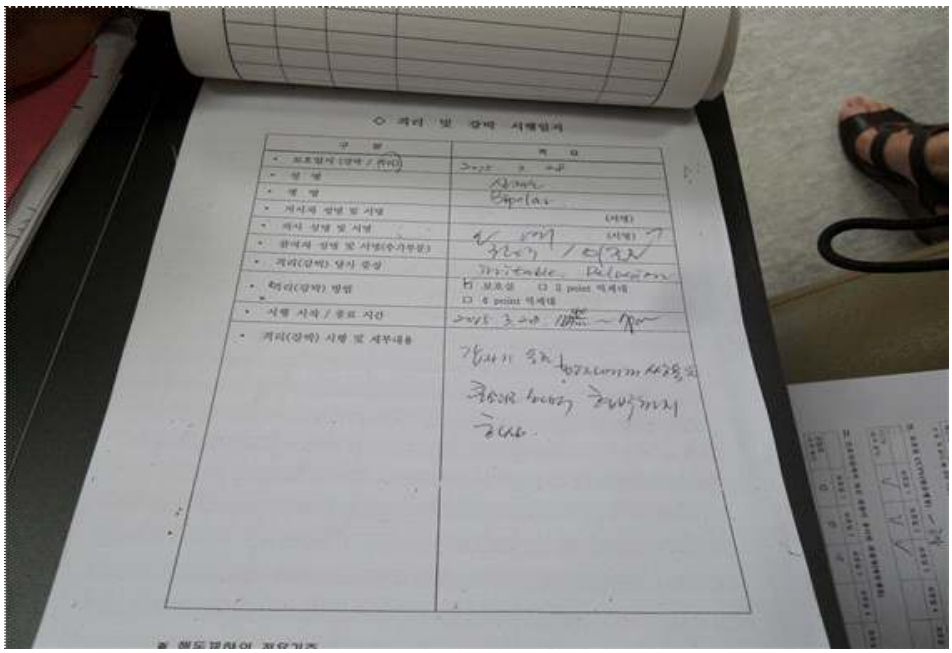
나. 격리·강박 수행

격리·강박 수행 현황을 조사하기 위해 환자진료기록부와 격리·강박 일지를 확인하였다.

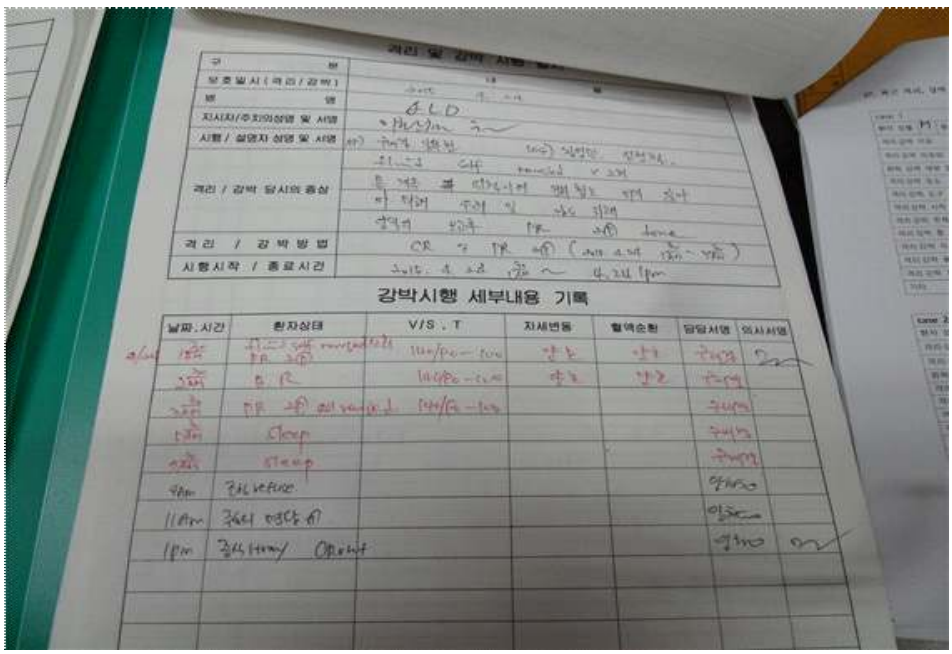
[표3-10] 격리·강박 수행 현황

병원명	구분	병상수(개)	폐쇄병상수(개)	격리·강박일지	EMR	V/S체크 간격(시간)		최대격리시간(시간)	최대격리횟수(회)	최대강박시간(시간)	최소강박인원(명)	기타
						강박	격리					
A	국립	248	128	O	O	**0.5**	**0.5**	5		3	4	
B	국립	450	270	O	O	**0.25**	**4**		**33**	8	3	
C	국립	274	244	O	O	**0.5**	**4**	96	8	4	3	
D	공립	270	180	O	O	**1**	**1**		9	2	2	
E	공립	296	217	O		**1**	**2**	6.5		2	3	
F	사립	258	129	O	O	**1**	**2**			3	3	
G	사립	189	124	O		**1**	**1**	13		2	2	
H	사립	298	201	O		**1**	**1**	16		8	2	기록미흡
I	사립	299	207	O		**1**	**2**	336	21		3	prn(CR) 기록미흡
J	사립	299	220	O		**0.25**	**2**	120		3	3	
K	사립	299	220	O		**1**	**안함**		17	5	3	
L	사립	291	234	O		**0.5**	**2**		9	2	2	기록미흡
M	사립	228	202	O		**1**	**2**	48		6	2	
N	사립	486	424	O		**1**	**2**	**456**				
O	사립	120	106	O		**1**	**1**	60		**14**	3	
P	사립	1032	909	O	O	**1**	**1**			4	3	
Q	사립	234	209	O		**1**	**2**	48		10	3	
R	사립	150	135	O		**1**	**2**	19		2	2	prn(CR)
S	사립	297	267	O		**1**	**2**	408	16	2	4	
T	사립	200	180	O		**1**	**2**	96	29	12	3	
U	사립	198	178	O		**1**	**2**	120		4.5	3	
V	사립	500	450	O		**0.5**	**1**		2	2	2	기록미흡
평균		**314**	**247**					137	16	4.2	**2.8**	

조사대상 22개 병원 모두 격리·강박 일지를 작성하고 있었으나 각 병원에서 각각 개발한 양식에 맞춰 기록하고 있어서 보건복지부 격리·강박지침의 적절한 적용과 평가를 위해 표준화할 필요가 있겠다.(그림 21,22). 대부분의 병원에서 강박 시 활력징후(v/s) 체크 간격은 15분~1시간, 격리 시는 30분~4시간이었으나 1개 병원(K)에서 격리 중에는 체크하지 않고 있었다.



[그림 21] 격리·강박 일지

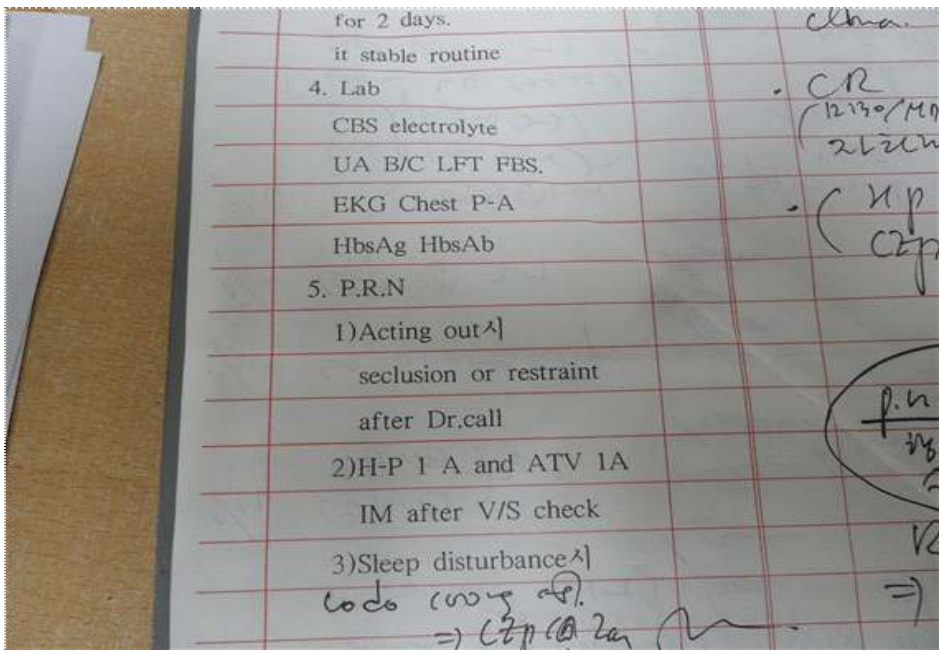


[그림 22] 격리·강박 일지

조사대상 병원 중 최대격리시간은 사립병원(N) 입원 중 수분과다섭취르 보인 조현병환자의 456시간이었고, 최다수 격리횟수는 33회로 국립병원(B) 입원 중인 청소년환자의 행동제한요법을 위한 격리였다. 현 보건복지부 격리·강박 지침에는 최대격리시간과 횟수에 대한 내용이 없어서 향후 최대격리 시간과 횟수에 대한 제한과 함께 그 이상이 필요한 경우, 특별 체계가 마련될 필요가 있다.

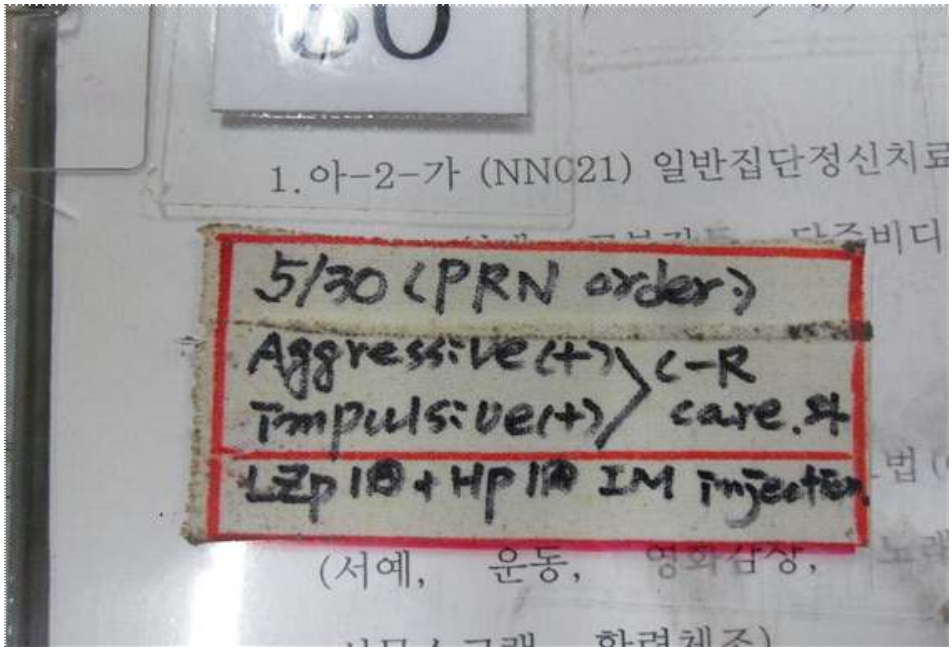
조사대상 병원 중 최대강박시간은 사립병원(O) 입원 중인 알콜의존환자에서 14시간이었는데, 알콜의존환자가 입원한 경우 격리실은 집중치료실(PICU)의 용도로 사용되고 있었으며 보통 10시간 이상 강박하기도 하였다. 강박에 대해서도 현 보건복지부 격리·강박 지침에는 최대시간과 횟수에 대한 내용이 없어서 이에 대한 제한과 강박해제에 대한 기준 및 의사의 결정 소견을 진료기록부에 기입하도록 하여 빈번한 강박과 장시간의 강박을 방지할 장치를 마련할 필요가 있겠다. 또한 격리실과 집중치료실의 혼용은 시급하게 시정되어야 할 부분이다.

한편 일부 사립병원에서는 의사의 격리·강박 지시가 P.R.N[12]으로 시행되기도 하였다. 한 사립병원에서는 입원당일 의사 지시서에 필요시마다 의사에게 전화 후 화학적 강박과 신체적 강박을 시행하라는 지시사항이 있었다. 이는 격리·강박의 시행을 쉽고 빈번하게 사용할 가능성을 높이는 지시사항으로 외국의 경우, 격리·강박에 대한 P.R.N 지시를 절대 허용하지 않는 것과 대조적이라 하겠다(그림23,24).



[그림 23] 격리·강박에 대한 의사의 P.R.N. 지시사항 (의사지시서)

12) PRN은 pro re nata의 약자로 필요시마다 (whenever necessary)의 뜻을 가진 의학용어



[그림 24] 격리·강박에 대한 P.R.N 지시사항 (챠트 표지)

22개 조사대상 병원 중 실제 강박시행 인원이 2명이었던 경우를 9개 병원에서 확인할 수 있었다 특히 강박의 경우, 환자와 의료진 모두의 안전과 신속한 처치를 위해서 최소 4명의 인원확보가 필요하다. 그러나 격리·강박 수행 인원으로 2~3명의 의료진을 제시하고 있는 현행 보건복지부 격리·강박 지침은 현장에서 환자와 직원 모두의 안전을 위협하고 있어서 속히 수정될 필요가 있겠다.

다. 격리·강박 발생 원인

격리·강박 일지를 열람 조사하여 각 병원별로 격리·강박 발생 원인을 확인하였다.

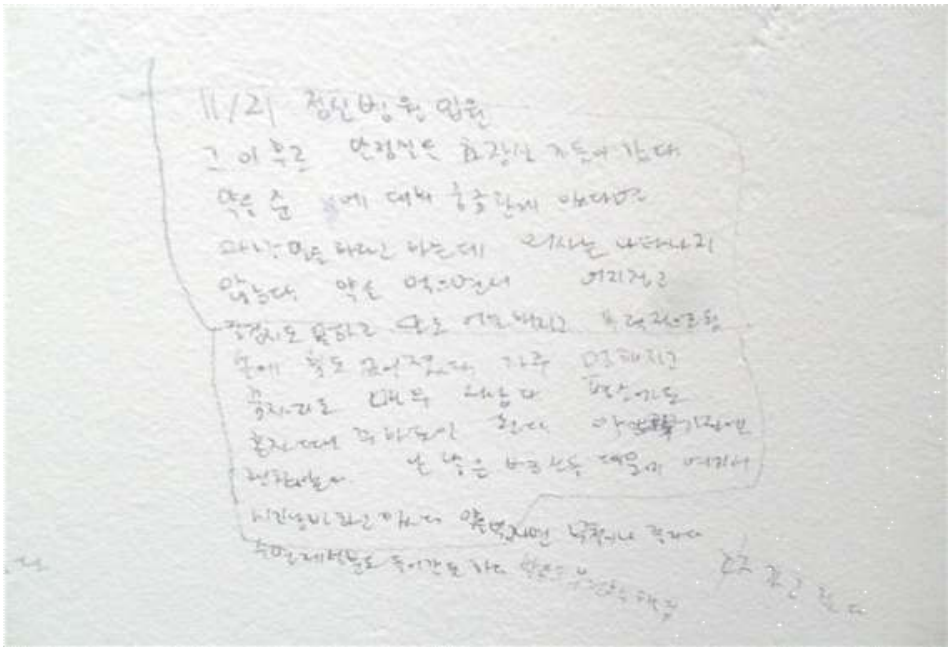
주된 격리·강박의 사유는 행동제한요법이 필요한 경우, 자타해 방지, 치료환경 저해 경우, 본인 스스로 원하는 경우였는데 그 범주가 너무 광범위해서 사소한 원인들도 모두 격리·강박을 적용할 수 있게 하였다. 특히 행동제한요법이나 치료환경저해 등은 빈번한 격리·강박의 원인이 되고 있어서 보건복지부 격리·강박 지침에 이에 대한 세부내용이 명기되어야 할 것으로 보이며 격리·강박 시작과 해제를 결정한 의사의 소견을 진료기록부에 자세히 기입하도록 함으로써 신중한 격리·강박의 결정을 유도해야 할 것이다. 다음은 격리·강박 일지를 열람하고 공유하고자 하는 사례들에서 간호사들이 기입한 발생 이유를 정리한 것이다.

[표3-11] 격리·강박 발생 이유

병원명	구분	병상(개)	폐쇄병상(개)	격리·강박 이유
A	국립	248	128	타환자에게 수치심 유발하는 신체적 접촉/ 과도한 흥분과 욕설/망상 환청/ 공격적 언행/ 타환우 물품 갈취하고 폭언
B	국립	450	270	타환자와 싸움/ 타환자 밀어서 다치게 함/ 타환자에 위해 가하는 행동함/ 벽에 물건 던지며 욕함/ 병실 벽에 갑자기 부딪힘(자해)
C	국립	274	244	입원거부감-큰소리로 화내고 가족면담 요청 거부당함/ 타환자 수면방해/ 직원에게 욕함/ 보호자 집에 수시로 전화함/ 학생간호사 괴롭힘
D	공립	270	180	간호사에게 성적언행/ 타환자와 다툼/ 타인 수면 방해/ 머리를 바닥에 내리침/,수분과다섭취/ 가족면회 안시켜준다고 직원폭행/투약거부
E	공립	296	217	욕하고 소리 지름/ 타환자 때림/ 나체로 돌아다님/ 투약거부
F	사립	258	129	입원거부감 심하여 PICU 발로 차고 욕하고 흥분/ 갑자기 직원에게 욕하고 타환자에게 시비를 검/ 입원 시 만취상태로 치료거부
G	사립	189	124	음주상태로 입원/ 타환자 때림/ 타환자 위에 올라타 목누름/ 남자병실 들어가는 것 막자 직원에게 욕함
H	사립	298	201	운동하다가 타환자와 욕하며 싸움/ 타환자에게 욕하며 협박함/ 복도에서 욕설하여 타환자 불안하게 함/ 무단이탈하여 음주상태로 귀원함/ 음주상태로 입원함/
I	사립	299	207	타환자에게 소리 지르고/ 도주 시도/ 남의 사물함 뒤짐/ 뒤에서 밀음/ 손등 물었음
J	사립	299	220	불안하여 스스로 격리 원함/ 타환자와 다툼/ 큰소리내어 타환자 자극줄이려고/ 수분중독
K	사립	299	220	타 환자에게 발길질/ 불안하다고 스스로 격리 원함/ 아침투약 시간시 흥분함
L	사립	291	234	소리 지르고 울음/ 간호처치 거부하고 날카로운 모습 보임/ 직원에게 소리침
M	사립	228	202	음주상태로 입원 입원 안한다고 소리 지르며 비협조적/촛점잃은 눈빛으로 화장실로 뛰어감/ 타환자 물건 훔치고 욕함
N	사립	486	424	과다수분섭취/ 타환자 타이즈 훔쳐 신음/ 타환자 빵을 몰래 먹음/ 타환자에게 소리치며 욕함/주치의 앞섶 붙들고 치료대책 세워달라고 요구함/ 저녁식사배식 중 등을 밀친다며 다툼/
O	사립	120	106	타환자에게 욕하고 싸우고/ 여자 병실로 들어가 여환자 껴안음/ 음주상태로 입원/ 치료진에게 욕함
P	사립	1032	909	도주/ 타인 폭행/ 식사중 타인에게 국 뿌림
Q	사립	234	209	투약거부/ 소리지르고 때리려고 함/ 수액 뽑아버림/ 음주상태로 귀원/ 엄마에게 전화로 욕하고 소리침
R	사립	150	135	소등후 소리지르며 나가려함/ 음주상태로 돌아다님/ 집에 가겠다며 발길질하고 언성높임
S	사립	297	267	타환자와 다툼/ 온몸이 아프다며 aggressive 한 행동/ 감정조절 못하고 주먹으로 책상 내리침/ 불안하다고 본인이 스스로 안정실 원함
T	사립	200	180	음주상태로 입원 시
U	사립	198	178	타환자 위협/병실 내 환청 호소/음주상태로 입원시
V	사립	500	450	타환자에게 욕함/ 타환자 얼굴 때림/ 쌍방폭행/ 타환자 자리에 식판 던짐/ 과다수분섭취/ 문 세차게 여닫음/ 직원에게 컵 던짐

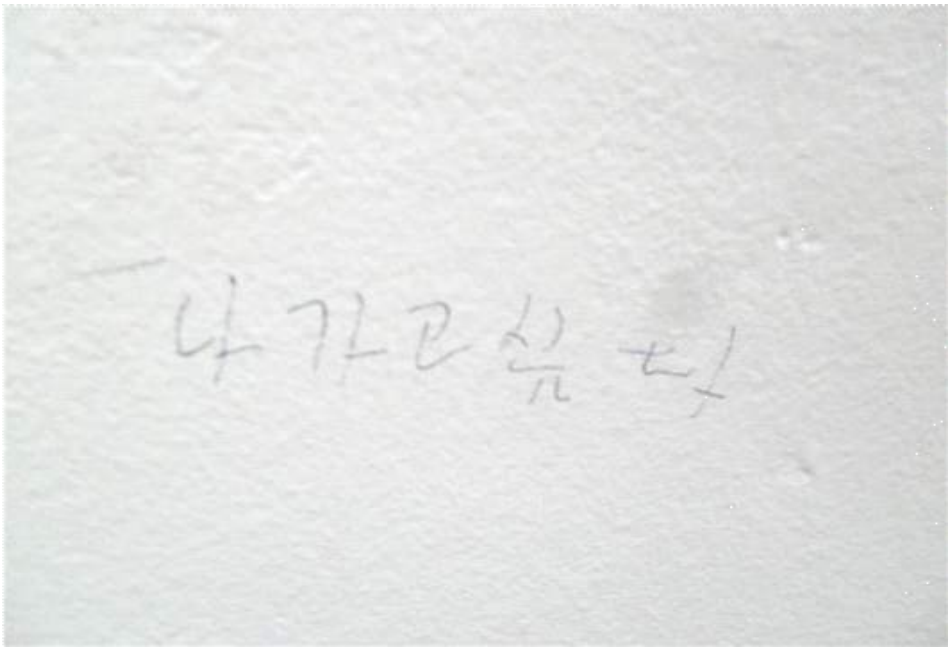
격리·강박 일지를 조사하면서 특히 비자의 입원인 경우, 입원을 납득하지 못해 격한 감정과 행동을 보이는 경우 입원당일부터 격리실에서 시작하는 경우를 확인할 수 있었다. 입원당일부터 격리실에서 시작한 경우는 시설 조사에서도 입원당일부터 격리실에서 시작하는 경우, 격리실 시설조사에서도 확인할 수 있었다. 다음은 격리실 벽에 환자가 낙서한 글을 그대로 올긴 것이다(그림 25, 26).

"11/21 정신병원 입원. 그 이후로 안정실(격리실)을 화장실 가듯 갔다.
약을 준 것에 대해 궁금한 것이 있다면 의사랑 말을 하라고 했는데
의사는 나타나지 않는다.
약을 먹으면서 어지럽고 잘 걷지도 못하고 말도 어눌해지고 폭력적으로 된다.
손에 힘도 없어졌다. 자주 멍해지고 꿈자리도 매우 사납다..
평소에도 혼자 대꾸하듯이 된다. 약 먹기 전에는 괜찮았다.
날 낳은 병신들 때문에 여기서 시간낭비하고 있다.
약을 먹으면 무척이나 졸리다. 수면제 성분을 넣은 듯하다.



[그림 25] 격리실 벽면의 환자 낙서

정신병원 입원 중 격리와 강박의 경험은 환자에게 매우 스트레스적이고 향후 치료에 협조적이지 않을 가능성이 매우 높음을 의료진은 주목해야 한다. 또한 환자의 목소리에 좀 더 귀를 기울여야 한다. 의사 면담 횟수를 늘이고 마음을 다해 듣고, 그 내용을 진료일지에 잘 기록하는 것도 한 방법일 수 있겠다.



[그림 26] 격리실 벽면의 환자 낙서

3절. 소결

1. 정신병원의 폐쇄병동 비율이 높을수록 다인실 비율도 높은 것으로 나타났다. 과밀한 병원 환경 개선을 위해 폐쇄병동을 줄이고 개방형으로 변환 필요성이 있겠다.

2. 정신병원 정신과 의사와 간호사 수가 필요인력에 미치지 못한 사립병원 3개의 폐쇄병상 비율은 90%로, 폐쇄병동 비율이 높을수록 의료인력의 부족 현상이 동반하고 있었다. 특히 의료인력의 부족은 환자 관리에 있어서 환자의 감정이나 행동 관련 문제 발생 시 쉽게 격리·강박으로 이어질 위험성이 있을 것으로 보여서 인력 구조의 현실화가 격리·강박 방지에 필요할 것으로 보인다.

3. 정신병원 환자의 비자의 입원 비율과 6개월 이상 장기입원 비율은 비례하는 것으로 나타났으며 특히 시장군수에 의한 비자의 입원이 많은 공립병원의 경우 장기입원으로 연결되고 있음을 알 수 있었다.

4. 격리·강박 시설현황

가. 격리실 위치와 면적

개방형 간호사실(병동과 간호사실 사이에 유리칸막이가 없음)의 조건을 갖추고 있는 병원은 주로 국공립병원이었고 사립병원 중 한 곳에서 개방형 간호사실로 운영하고 있었다. 격리실 위치는 반드시 간호사실 내부에 위치해야 할 것이나 외부에 위치할 경우, 병동과는 독립적인 공간을 확보하여 병동 내 타 환자들이 관찰창을 통해 들여다보는 일이 없도록 해야할 것이다.

나. 격리실 내부시설

격리실 면적은 적어도 5.0㎡이상 유지하고 벽면은 충격완화를 위해 쿠션 부착은 반드시 필요하다. 격리실 내 외부 환풍창을 설치하고, 관찰창은 일부 간유리 또는 블라인드를 설치하여 환자의 사생활권을 보호해야 한다. 격리실 내 침대 높이는 50cm이하로 제작하고 수면등을 설치할 필요가 있다. CCTV는 사생할권 고려하여 간호사실 내부에 위치할 경우 부착하지 않도록 하고 화장실은 간호사실 내부 또는 격리실 내부에 위치하도록 한다.

다. 강박도구

강박도구로 유도띠만 사용하는 병원이 4개였는데 유도띠의 사용은 피부손상 방지를 위해 최소화해야 할 것이다. 또한 강박도구에 심한 소변냄새 나는 경우가 5개 사립병원에서 확인되었다. 강박도구는 사용 후 청결상태를 유지해야 할 것과 보관시 1회 사용분을 개별 포장 보관하여 필요시 신속하게 사용할 수 있도록 한다. 강박복 착용 시에는 안전에 유의하고 병실에나 복도에 방치하지 않아야 할 것이다 강박도구는 국공립병원에서 사용하는 자석부착 강박 도구가 탈부착이 간편하고 안전한 것으로 확인되었다.

라. 국공립병원이 사립병원에 비해 격리·강박 시설 및 도구에서 월등히 우수하였다. 폐쇄병상의 비율이 낮고, 인력현황이 양호할수록, 격리실 시설과 도구 현황도 양호한 것으로 나타났다. 반면 폐쇄병상의 비율이 높고, 인력 현황이 미흡한 경우 격리·강박시설과 강박도구 현황도 역시 미흡한 것으로 나타났다.

5. 격리·강박 자료

기간별 격리·강박 환자 통계를 즉시 확인할 수 있는 경우는 격리·강박 명부를 작성하고 있는 사립병원 3개과 EMR 체계를 갖춘 5개 병원이었다. 특히 격리·강박을 최소화하기 위한 노력을 하는 경우는 사립 1개 병원으로 '신체적 제한 최소화위원회'를 운영하고 있었다. 그 외 대부분의 병원에서 격리·강박에 대한 통계를 파악할 수 없었다.

6. 격리·강박 수행

조사대상 22개 병원 모두 격리·강박 일지를 작성하고 있었고 각 병원에서 각각 개발한 양식에 맞춰 기록하고 있었으나 표준화할 필요가 있을 것으로 보인다. 대부분 강박 시 활력징후(v/s) 체크 간격은 15분~1시간, 격리 시는 30분~4시간이었으나 1개 병원에서는 격리 중에 체크하지 않는 곳도 있었다.

조사대상 병원 중 최대격리시간은 조현병환자에서 수분과다섭취로 인한 456시간이었고 최다수 격리횟수는 입원 중 33회였다. 현 보건복지부 격리·강박 지침에는 최대격리시간과 횟수에 대한 내용이 없어서 향후 최대격리 시간과 횟수에 대한 제한과 그 이상이 필요한 경우, 특별 체계가 마련될 필요가 있다.

최대강박시간은 14시간이었고, 알콜의존환자가 입원한 경우 격리실은 집중치료실(PICU)의 용도로 사용되고 있었고 보통 10시간 이상 강박하기도 하였다.

입원당일부터 의사지시서에 격리·강박 PRN 지시를 시행하는 사립병원이 있었다. 격리·강박을 쉽고 빈번하게 할 가능성을 열어놓은 것으로 이에 대한 제한이 필요하겠다.

강박시행인원이 2명인 경우가 있었으며 환자와 의료진 모두의 안전을 위해 최소 4명이 인원이 필요할 것으로 보인다.

7. 격리·강박 발생원인

격리·강박 일지를 열람 조사하여 각 병원별로 격리·강박 발생 이유를 확인하였다. 주된 격리·강박의 사유는 행동제한요법이 필요한 경우, 자타해 방지, 치료환경 저해 경우, 본인 스스로 원하는 경우였는데 그 범주가 너무 광범위해서 사소한 원인들도 모두 격리·강박을 적용할 수 있게 하였다. 특히 행동제한요법이나 치료환경저해 등은 빈번한 격리·강박의 원인이 되고 있어서 이에 대한 세부지침이 필요할 것으로 보이며 격리·강박 시작과 해제를 결정한 의사의 소견을 진료기록부에 자세히 기입하도록 함으로써 신중한 격리·강박의 결정을 유도해야 할 것이다.

또한 비자의 입원인 경우, 입원을 납득하지 못해 격한 감정과 행동을 보이는 경우 입원 당일부터 격리실에서 시작하는 경우 많았다.

제4장. 정신병원 격리·강박 실태 설문조사 결과

1절. 설문조사 대상자 분포

방문조사는 예비조사를 포함하여 2015년 5월부터 8월까지 진행하였다. 방분조사 대상 정신병원은 국립정신병원 3개, 공립정신병원 2개와 사립정신병원 17개로 총 22개 정신병원이었다. 방문조사 대상 사립정신병원 중 3개소는 300병상 이상의 병원이었고, 나머지 14개는 300병상 미만의 병원이었다.

설문조사를 위해 사용된 설문지는 입원환자용, 직원용(의료진 포함) 2종류였다. 설문조사는 우선 입원환자 중 격리 또는 강박 경험이 있는 환자들을 대상으로 선별하고, 격리 또는 강박 경험이 있는 환자 중에 설문조사 응답이 가능한 인지능력을 가진 환자로 한정하였다. 정신병원 격리·강박 실태조사 기간 종류 후 집계하여 조사 통계에 사용된 설문조사는 환자 424명, 의료진 포함 직원 286명으로 총 710명이다. 집계된 설문조사의 대상병원과 설문인원은 다음과 같다.

[표4-1] 설문조사 대상과 인원

연번	구분	병원	병상수	전문의 수	지역	설문인원(명)	
						환자	직원
A	국립	국립OO병원	248	10	충남	21	15
B	국립	국립OO병원	450	12	전남	28	20
C	국립	국립OO병원	274	24	서울	22	13
D	공립	OO정신병원	270	5	경기	20	12
E	공립	OO정신병원	296	5	경기	16	5
F	사립	OO병원	258	8	대구	14	10
G	사립	OOOO병원	180	4	광주	13	9
H	사립	OOOO병원	298	5	전남	20	8
I	사립	OOOO병원	299	5	강원	19	10
J	사립	OO정신병원	299	8	경기	18	19
K	사립	OO병원	299	5	경북	13	15
L	사립	OOOO병원	291	5	대구	16	15
M	사립	OO병원	228	4	인천	24	15
N	사립	OO신경정신병원	486	7	경기	19	14
O	사립	OOO병원	120	2	경기	16	9
P	사립	OO정신병원	1,032	19	경기	22	22
Q	사립	OO병원	234	4	서울	21	12
R	사립	OO병원	150	2	경기	20	8
S	사립	OOO병원	297	6	경기	23	19
T	사립	OOO병원	200	3	서울	16	10
U	사립	OOOO병원	198	3	충남	13	9
V	사립	OOO정신병원	500	9	서울	30	17
합계						424	286

2절. 격리·강박 경험 입원환자 설문조사 결과

1. 응답자의 일반적 특성

정신병원의 성격과 병상수에 따라, 국공립정신병원, 300병상 이상의 사립정신병원, 300병상 미만의 사립정신병원으로 분류하였다.

병원종류별 설문조사 참여 입원환자는 국공립정신병원이 107명(25.2%), 300병상 이상 사립정신병원이 71명(16.8%), 300명상 미만 사립정신병원이 246명(58%)이었다. 국공립병원이 25.2%를 차지하였고, 사립정신병원이 74.8%를 차지하였다.

[표4-2] 입원환자, 병원별 참여자

성별	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
설문 인원	107	25.2	71	16.8	246	58.0	424	100

가. 인적사항

설문에 응한 입원환자의 70.6%가 남자였고, 평균나이는 47세였다. 그리고 입원환자의 61.8%는 병원 입원 전 서울·경기지역에 거주하였고, 77.2%가 고졸 이상의 학력을 가지고 있었으며 49.9%가 미혼이었다.

입원기간은 평균 29개월이고, 처음 정신과 진단을 받은 시기는 평균 11년 3개월 전이다.

[표4-3] 성별

성별	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
남	61	57.5	41	59.4	194	79.5	296	70.6
여	45	42.5	28	40.6	50	20.5	123	29.4
합계	106	100	69	100	244	100	419	100

(결측빈도 5)

[표4-4] 거주 지역

지역	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
서울경기	59	55.7	65	92.9	135	55.6	259	61.8
충청	23	21.7	2	2.9	17	7.0	42	10.0
강원	0	-	0	-	20	8.2	20	4.8
경상	3	2.8	2	2.9	41	16.9	46	11.0
전라	21	19.8	1	1.4	29	11.9	51	12.2
제주	0	-	0	-	1	0.4	1	0.2
합계	**106**	**100**	**70**	**100**	**243**	**100**	**419**	**100**

(결측빈도 5)

[표4-5] 학력

학력	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
초졸	11	10.5	4	5.7	26	10.7	41	9.8
중졸	11	10.5	6	8.6	37	15.3	54	12.9
고졸	42	40.0	39	55.7	108	44.6	189	45.3
대졸	38	36.2	16	22.9	66	27.3	120	28.8
대학원 이상	3	2.9	5	7.1	5	2.1	13	3.1
합계	**105**	**100**	**70**	**100**	**242**	**100**	**417**	**100**

(결측빈도 7)

[표4-6] 결혼 여부

결혼	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
결혼	19	17.9	12	17.4	59	24.2	90	21.5
재혼	3	2.8	3	4.3	6	2.5	12	2.9
별거·이혼	21	19.8	17	24.6	57	23.4	95	22.7
사별	3	2.8	3	4.3	7	2.9	13	3.1
결혼 안함	60	56.6	34	49.3	115	47.1	209	49.9
합계	**106**	**100**	**69**	**100**	**244**	**100**	**419**	**100**

(결측빈도 5)

나. 입원유형 및 현황

입원환자의 76.8%는 본인의 동의가 없는 비자의 입원을 하였다. 비자의 입원의 경우, 가족 등 보호의무자에 의한 입원이 80.6%를 차지하였다.

[표4-7] 비자의 입원

입원 동의	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
자의 입원	19	17.8	16	22.9	63	25.6	98	23.2
비자의 입원	88	82.2	54	77.1	183	74.4	325	76.8
합계	**107**	**100**	**70**	**100**	**246**	**100**	**423**	**100**

(결측빈도 1)

[표4-8] 비자의 입원 동의 주체

(복수응답)

비자의 입원 동의 주체	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
부모	46	43.8	28	44.4	84	34.3	158	38.3
형제·자매	27	25.7	13	20.6	47	19.2	87	21.1
배우자	14	13.3	2	3.2	38	15.5	54	13.1
자녀	4	3.8	5	7.9	25	10.2	34	8.2
기타	6	5.7	2	3.2	10	4.1	18	4.4
없음·모름	8	7.6	13	20.6	41	16.7	62	15.0
합계	**105**	**100**	**63**	**100**	**245**	**100**	**413**	**100**

입원환자의 57.5%가 의료보호 대상자였다. 무응답이 64명인데, 이들은 의료보장 형태에 인지하고 있지 못하였다.

[표4-9] 의료보장 형태

의료 보장	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
개인보험	19	21.3	9	15.5	27	12.7	55	15.3
직장보험	11	12.4	7	12.1	26	12.2	44	12.2
지역보험	12	13.5	8	13.8	34	16.0	54	15.0
의료보호	47	52.8	34	58.6	126	59.2	207	57.5
합계	**89**	**100**	**58**	**100**	**213**	**100**	**360**	**100**

(결측빈도 64)

응답환자의 진단명은 알코올 의존증(33.5%), 조현병(29.7%), 우울증과 조울증(20.0%) 순이었다. 병원 종류별로 살펴보면, 국공립정신병원과 300병상 이상의 사립병원의 경우 조현병 환자가 44%를 차지하고 있었고, 300병상 미만의 사립병원의 경우 46.3%가 알코올 의존증 환자로 300병상 미만의 정신병원의 경우 알코올 의존증 환자가 상대적으로 많았다.

[표4-10] 진단명

진단명	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상이상)		사립정신병원 (300병상미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
알코올	14	13.1	14	19.7	114	46.3	142	33.5
조현병	47	43.9	31	43.7	48	19.5	126	29.7
우울·조울증	24	22.4	18	25.4	43	17.5	85	20.0
기타	22	20.6	8	11.3	41	16.7	71	16.7
합계	**107**	**100**	**71**	**100**	**246**	**100**	**424**	**100**

2. 격리·강박 시설

격리와 강박 장소에 대한 질문에 입원환자의 85.6%는 격리실이라고 응답하였다. 그러나 14.4%는 격리실이 아닌 입원실이나 응급실 등에서 격리 또는 강박을 당하였다고 응답하였다.

[표4-11] 격리·강박장소

(복수응답)

격리·강박장소	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
격리실	93	83.8	54	76.1	226	89.0	373	85.6
입원실	11	9.9	8	11.3	14	5.5	33	7.6
응급실	3	2.7	3	4.2	5	2.0	11	2.5
면회실	2	1.8	2	2.8	4	1.6	8	1.8
기타	2	1.8	4	5.6	5	2.0	11	2.5
합계	**111**	**100**	**71**	**100**	**254**	**100**	**436**	**100**

'간호사실에서 수시로 격리·강박된 환자를 관찰할 수 있는 창'에 대한 질문에 65%가 '있음'으로, 11.7%가 '없음'으로, 21.9%는 '없지만, CCTV가 있음'으로 답하였다.

[표4-12] 격리실 관찰창

관찰창	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
있음	70	67.3	43	62.3	154	64.7	267	65.0
없음	16	15.4	14	20.3	18	7.6	48	11.7
없지만, CCTV 있음	16	15.4	12	17.4	62	26.1	90	21.9
기타	2	1.9	0	-	4	1.7	6	1.5
합계	**104**	**100**	**69**	**100**	**238**	**100**	**411**	**100**

(결측빈도 13)

격리실의 안전과 청결상태의 대한 질문에 49.4%는 만족으로, 39.3%는 불만족으로, 11.3%는 모른다고 답하였다. 병원종류별로 살펴보면, 국공립정신병원 환자의 71.7%가 만족으로 답한 반면, 300병상 이상의 사립정신병원은 42.8%, 300병상 미만의 사립정신병원은 41.4%가 만족으로 답하였다.

[표4-13] 격리실 안전·청결

안전 청결	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상이상)		사립정신병원 (300병상미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
매우 그렇다	20	18.9	5	7.1	10	4.1	35	8.4
그렇다	56	52.8	25	35.7	90	37.3	171	41.0
그렇지 않다	10	9.4	21	30.0	75	31.1	106	25.4
전혀 그렇지 않다	11	10.4	11	15.7	36	14.9	58	13.9
잘 모른다	9	8.5	8	11.4	30	12.4	47	11.3
합계	**106**	**100**	**70**	**100**	**241**	**100**	**417**	**100**

(결측빈도 7)

'격리실에 환자들이 독립적으로 사용할 수 있는 화장실과 세면대'에 대한 질문에 30%가 '있음'으로, 70%가 '없음'으로 답하였다. 국공립정신병원의 경우 58.1%가 '있음'으로 답한 반면, 300병상 이상의 사립정신병원은 26.1%, 300병상 미만의 사립정신병원은 18.8%가 '있음'으로 답하였다. 실제로 조사 대상병원 중 격리실에 화장실이 설치되어 있는 곳은 5개 병원이었고, 격리실에 화장실과 세면대가 함께 있는 곳은 1개 병원에 불과했다.

[표4-14] 격리실 내 화장실·세면대

화장실 세면대	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
있음	61	58.1	18	26.1	45	18.8	124	30.0
없음	44	41.9	51	73.9	195	81.3	290	70.0
합계	**105**	**100**	**69**	**100**	**240**	**100**	**414**	**100**

(결측빈도 10)

격리실의 안전·청결상태와 화장실·세면대 유무 등의 설문결과 격리실 시설은 국공립정신병원에 비해 사립정신병원이 열악함을 보여주고 있다.

3. 격리·강박 이유와 절차

가. 격리·강박 경험

설문조사 대상을 격리 또는 강박을 당한 경험이 있는 입원환자로 한정했기 때문에 이들은 강박 경험은 없어도 최소한 격리 경험이 있었다. 이들의 설문 당시 해당 병원의 평균 입원기간은 29개월이고, 최초 정신과 진단을 받은 시기는 11년 3개월 전이었다. 설문 응답 입원환자의 평균 격리 경험 횟수는 7회였다.[13] 격리 경험 횟수별 분포를 살펴보면, 1~4회가 67.8%, 5~9회가 9.6%, 10회 이상이 22.6%를 차지했다.

[표4-15] 격리 횟수

격리 경험	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
1~4회	73	69.5	43	64.2	166	68.0	282	67.8
5~9회	5	4.8	7	10.4	28	11.5	40	9.6
10~19회	20	19.0	11	16.4	27	11.1	58	13.9
20~39회	6	5.7	4	6.0	19	7.8	29	7.0
40회 이상	1	1.0	2	3.0	4	1.6	7	1.7
합계	**105**	**100**	**67**	**100**	**244**	**100**	**416**	**100**

(결측빈도 8)

13) 설문에 응한 환자들은 격리 또는 강박의 경험 횟수를 실제보다 축소해서 답하는 경향이 있었다. 이는 격리 또는 강박이 병원 규칙 위반, 폭력행위 등에 대한 처벌 목적으로 시행된다고 여기기 때문이었다. 그리고 격리 또는 강박 경험 횟수는 현재 입원한 병원에서의 경험 횟수로 한정하지 않고, 최초 정신과 진단을 받은 이후부터의 경험 횟수로 답한 환자가 많았다.

설문 응답 입원환자의 평균 격리·강박 횟수는 3회였다. 강박 경험 횟수별 분포를 살펴보면, 1~4회가 56.3%, 5~9회가 5%, 10회 이상이 11%, 없음은 26.7%를 차지했다.

[표4-16] 강박 횟수

격리 경험	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
없음	27	25.7	7	10.4	77	31.6	111	26.7
1~4회	58	55.2	43	64.2	133	54.5	234	56.3
5~9회	4	3.8	6	9.0	11	4.5	21	5.0
10~19회	11	10.5	6	9.0	15	6.1	32	7.7
20~39회	5	4.8	4	6.0	6	2.5	15	3.6
40회 이상	0	-	1	1.5	2	0.8	3	0.7
합계	**105**	**100**	**66**	**100**	**242**	**100**	**416**	**100**

(결측빈도 8)

나. 격리·강박 이유

'격리 또는 강박을 당한 이유'는 27.8%가 '다른 사람에게 폭력적인 행동', 24.9%가 '병동 규칙 위반(음주, 절도, 도박, 흡연, 금지 물품 소지, 병원 탈출 시도 등)', 12.3%가 '입원할 때'라고 답하였고, 17.4%가 '이유를 모르겠다'고 답하였다.

국공립정신병원의 경우 '규칙 위반'이 14.3%로 상대적으로 낮은 비율을 차지했다. 이는 국공립정신병원의 경우 사립정신병원에 비해 의료인과 직원 등 인력이 많기 때문인 것으로 볼 수 있다. 300병상 미만의 사립정신병원의 경우 '입원할 때'가 17.8%로 상대적으로 높은 비율을 차지했다. 이는 중소 사립정신병원의 경우 '알코올 의존증' 환자의 비율이 46.3%로 높고, '알코올 의존증' 환자의 경우 입원할 때 관행적으로 격리실을 거친 후 입원하기 때문인 것으로 볼 수 있다.

[표4-17] 격리·강박 이유

격리·강박 이유	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
자해	5	4.8	6	9.0	11	4.5	22	5.3
타해	42	40.0	20	29.9	53	21.9	115	27.8
기물 파손	10	9.5	1	1.5	8	3.3	19	4.6
규칙 위반	15	14.3	16	23.9	72	29.8	103	24.9
기타	13	12.4	6	9.0	13	5.4	32	7.7
모름	15	14.3	14	20.9	43	17.8	72	17.4
입원할 때	5	4.8	4	6.0	42	17.4	51	12.3
합계	**105**	**100**	**49**	**100**	**157**	**100**	**414**	**100**

(결측빈도 10)

'격리 또는 강박을 당하기 전과 후, 환자 본인이나 보호자, 가족들에게 주치의나 당직의사가 그 이유를 설명했는가'라는 질문에 30.9%가 '매번 설명'을 들었다고 답하였다. 그러나 14.1%는 '가끔 설명하지 않음', 9.4%는 '자주 설명하지 않음'이라고 답하였고, 28.8%는 '전혀 설명하지 않음'이라고 답하였다.

국공립정신병원의 경우 '매번 설명'이 42.1%로 상대적으로 높은 비율을 차지했고, 300병상 미만의 사립정신병원의 경우 '전혀 설명하지 않음'이 35%로 상대적으로 높은 비율을 차지했다.

[표4-18] 격리·강박 이유 설명

격리·강박 이유 설명	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
매번 설명	45	42.1	26	38.8	58	23.9	129	30.9
가끔 설명하지 않음	22	20.6	5	7.5	32	13.2	59	14.1
자주 설명 안함	9	8.4	7	10.4	23	9.5	39	9.4
전혀 설명하지 않음	18	16.8	17	25.4	85	35.0	120	28.8
잘 모름	13	12.1	12	17.9	45	18.5	70	16.8
합계	**107**	**100**	**67**	**100**	**243**	**100**	**417**	**100**

(결측빈도 7)

'격리·강박 이유 설명 유무'와 관련하여, '병원에 입원할 때 병원직원이나 의료인으로부터 환자의 권리(진료 받을 권리, 알권리, 비밀보호, 피해구제 등)를 포함하여 병원생활에 관한 충분한 정보와 교육을 받았는가'라는 질문에 47.4%는 교육을 받았다고 답했으나, 52.6%는 받지 못하였다고 답하였다.

국공립정신병원의 경우 68.3%가 교육을 받았다고 답한 반면, 300병상 이상의 사립정신병원은 43.3%, 300병상 미만의 사립정신병원은 39.6%가 교육을 받지 못하였다고 답하였다. 사립정신병원의 경우 '환자의 권리 교육'과 '격리·강박 이유 설명'이 미흡함을 보여준다.

[표4-19] 환자의 권리 교육

환자의 권리 교육	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
있음	71	68.3	29	43.3	95	39.6	195	47.4
없음	33	31.7	38	56.7	145	60.4	216	52.6
합계	**104**	**100**	**67**	**100**	**240**	**100**	**411**	**100**

(결측빈도 13)

4. 격리·강박 중 발생하는 인권 침해

가. 격리·강박 시간

격리 또는 강박이 과도하게 시행되고 있는지를 알아보기 위한 '격리를 당한 경험 중 최장 시간'의 질문에 40.2%가 '1~4시간', 14.1%가 '5~8시간', 11.4%가 '9~12시간', 14.9%가 '13~24시간'으로 답하였고, 19.3%가 '1일 이상'이라고 답하였다. 환자의 약 60%가 4시간 이상의 격리를 경험했으며 약 20%에서는 24시간 이상의 격리되었던 것으로 나타나 장시간 격리에 대한 세부 지침이 필요할 것으로 보인다.

300병상 미만의 사립정신병원의 경우 '1~4시간'이 28.8%로 상대적으로 낮은 비율을 차지했고, '1일 이상'이 25.6%로 상대적으로 높은 비율을 차지했다.

[표4-20] 최대 격리 시간

최대 격리시간	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
1~4시간	50	54.9	35	60.3	63	28.8	148	40.2
5~8시간	16	17.6	4	6.9	32	14.6	52	14.1
9~12시간	7	7.7	7	12.1	28	12.8	42	11.4
13~24시간	8	8.8	7	12.1	40	18.3	55	14.9
1일~2일	6	6.6	3	5.2	30	13.7	39	10.6
2일~4일	3	3.3	1	1.7	16	7.3	20	5.4
4일 이상	1	1.1	1	1.7	10	4.6	12	3.3
합계	**91**	**100**	**56**	**100**	**193**	**100**	**368**	**100**

(결측빈도 56)

'강박를 당한 경험 중 최장 시간'의 질문에 28.1%가 '1~2시간', 18%가 '3~4시간', 19.5%가 '5~8시간', 12.7%가 '9~12시간'으로 답하였고, 21.8%가 '13시간 이상'이라고 답하였다. 강박 경험이 없는 환자 111명을 포함해서 최대 강박 시간에 대해 답변을 회피한 환자 등 무응답자들은 157명이다. 환자의 약 72%가 2시간 이상의 강박을 경험했으며 약 30%에서는 12시간 이상의 강박되었고, 24시간 이상 강박되었던 경우도 10%로 나타났다. 이는 해외 기준과 비교해 매우 장기간의 강박 시간을 보여주는 것으로 장시간 격리에 대한 제한 및 세부 지침이 필요할 것으로 보인다.

[표4-21] 최대 강박 시간

최대 강박시간	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
1~2시간	19	26.4	17	32.1	39	27.5	75	28.1
3~4시간	20	27.8	12	22.6	16	11.3	48	18.0
5~8시간	15	20.8	9	17.0	28	19.7	52	19.5
9~12시간	6	8.3	6	11.3	22	15.5	34	12.7
13~24시간	6	8.3	5	9.4	18	12.7	29	10.9
1일~2일	2	2.8	2	3.8	9	6.3	13	4.9
2일 이상	4	5.6	2	3.8	10	7.0	16	6.0
합계	**72**	**100**	**49**	**100**	**123**	**100**	**267**	**100**

(결측빈도 157)

'최근 격리·강박을 당한 시간대'는 36.9%는 오후(13~17시), 33.8%는 저녁(18시~21시), 15.7%는 밤(22시~5시), 13.6%는 오전(6시~12시)라고 답하였다. 저녁과 밤에 격리·강박을 당하였다는 응답이 49.5%를 차지했다.

[표4-22]격리·강박 시간대

격리·강박 시간대	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
오전(6~12시)	10	10.2	10	16.7	32	14.3	52	13.6
오후(1시~17시)	34	34.7	26	43.3	81	36.2	141	36.9
저녁(18시~21시)	39	39.8	14	23.3	76	33.9	129	33.8
밤(22시~5시)	15	15.3	10	16.7	35	15.6	60	15.7
합계	**98**	**100**	**60**	**100**	**224**	**100**	**382**	**100**

(결측빈도 42)

나. 과도하고 빈번한 격리·강박

'격리·강박이 본래의 목적보다 과도하고 빈번하게 시행되고 있다고 생각하는가'에 대한 질문에 '과도하고 빈번하게 시행되고 있다'는 응답이 38.3%, '그렇지 않다'는 응답이 45.5%를 차지했다.

국공립정신병원의 경우 '과도하고 빈번하게 시행된다'(32.1%)라는 응답이, 그렇지 않다(56.6%)보다 낮았으나, 사립정신병원은 '과도하고 빈번하게 시행된다'(300병상 이상 44.9%, 300병상 미만 39.2%)는 응답과 그렇지 않다는 응답(43.4%, 41.2%)이 거의 비슷하였다.

[표4-23] 과도·빈번한 격리·강박

과도 빈번	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
매우 그렇다	9	8.5	12	17.4	25	10.4	46	11.1
그렇다	25	23.6	19	27.5	69	28.8	113	27.2
그렇지 않다	41	38.7	25	36.2	73	30.4	139	33.5
전혀 그렇지 않다	19	17.9	5	7.2	26	10.8	50	12.0
잘 모른다	12	11.3	8	11.6	47	19.6	67	16.1
합계	**106**	**100**	**69**	**100**	**240**	**100**	**415**	**100**

(결측빈도 9)

과도하거나 빈번한 격리·강박이 일어나는 원인으로 '처벌 목적으로 시행'이라는 응답(30.7%)이 가장 많았고, 그 다음 순으로 '의료인, 직원의 부족'(20.8%), '의료인, 직원의 자의적 시행'(17.0%)라는 응답이 많았다.

[표4-24] 과도·빈번한 격리·강박 원인

과도·빈번한 격리·강박 원인	국공립 정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
의료인·직원 인력 부족	13	16.5	23	42.6	34	16.7	70	20.8
의료인·직원 자의적 시행	12	15.2	5	9.3	40	19.7	57	17.0
처벌 목적 시행	32	40.5	15	27.8	56	27.6	103	30.7
정신장애인 차별 의식	7	8.9	4	7.4	18	8.9	29	8.6
의료인 인식·관심 부족	4	5.1	1	1.9	12	5.9	17	5.1
병원 인식·관심 부족	4	5.1	3	5.6	19	9.4	26	7.7
법·제도적 보호·처벌 규정 미비	4	5.1	1	1.9	13	6.4	18	5.4
행정 당국 감시 감독 소홀	3	3.8	1	1.9	10	4.9	14	4.2
기타	0	-	1	1.9	1	0.5	2	0.6
합계	**79**	**100**	**48**	**100**	**160**	**100**	**336**	**100**

(결측빈도 88)

다. 격리·강박 수행 인원수

안전을 위해 적절한 수의 치료진이 격리·강박을 시행하고 있는 지 알아보기 위한 '최근 격리·강박을 당했을 때, 몇 명이 격리·강박을 하였는가'의 질문에 56.4%가 '2~3명'으로 답하였고, 22.6%가 '1명', 21%가 '4명 이상'이라고 답하였다.

[표4-25] 격리·강박 수행 직원 수

격리·강박 직원수	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상이상)		사립정신병원 (300병상미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
1명	24	25.8	9	16.1	50	22.9	83	22.6
2~3명	47	50.5	34	60.7	126	57.8	207	56.4
4명 이상	22	23.7	13	23.2	42	19.3	77	21.0
합계	**93**	**100**	**56**	**100**	**218**	**100**	**367**	**100**

(결측빈도 57)

'다른 환자들이 격리 또는 강박을 도우거나 간섭하는 경우를 목격하거나 알고 있는가'에 대한 질문에 23.5%가 '다른 환자들이 시행을 도우거나 간섭하는 경우'가 있었다고 답하였다.

[표4-26] 동료환자의 격리·강박 참여

동료환자참여	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
있다	30	28.6	13	19.4	53	22.4	96	23.5
없다	75	71.4	54	80.6	184	77.6	313	76.5
합계	**105**	**100**	**67**	**100**	**237**	**100**	**409**	**100**

(결측빈도 15)

라. 격리·강박 환자 모니터링

'격리나 강박을 당한 후 의사의 관찰 여부'의 질문에 56.1%가 '관찰함', 14.6%가 '관찰 안 함', 29.2%가 '모름'으로 답하였다. 모름으로 응답한 환자들은 격리 또는 강박 시 화학적 강박으로 인해 수면상태에 있기 때문에 의사가 관찰했는지 여부를 알 수 없다고 하였다.

[표4-27] 격리·강박 시 의사 관찰

의사 관찰	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
관찰 안함	10	9.3	11	15.5	41	16.7	62	14.6
관찰함	64	59.8	38	53.5	136	55.3	238	56.1
모름	33	30.8	22	31.0	69	28.0	124	29.2
합계	**107**	**100**	**71**	**100**	**246**	**100**	**424**	**100**

‘ 격리·강박 시행 과정에서 환자에 대한 모니터링(1시간 마다 viatal sign 체크, 2시간 마다 팔다리를 움직여주고 수시로 상태관찰, 화장실 사용과 음료수 제공 등)이 잘 시행되고 있다고 생각하는가’라는 설문에 ‘그렇지 않다’는 응답(42%)이 ‘그렇다’는 응답(37.4%)보다 많았다. ‘잘 모른다’는 응답이 20.5%를 차지하였다. 모니터링에 대해서도 화학적 강박으로 인해 수면상태에 있기 때문에 시행되고 있는지 모른다는 응답이 많았다.

국공립정신병원의 경우 ‘모니터링이 시행되고 있다’는 응답이 56.2%를 차지한 반면, 300병상 이상의 사립정신병원과 300병상 미만의 사립정신병원의 경우 같은 응답이 각각 27.3%, 32.1%에 불과했다.

[표4-28] 격리·강박 환자 모니터링

모니터링	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
매우 그렇다	17	16.2	5	7.6	12	4.9	34	8.2
그렇다	42	40.0	13	19.7	66	27.2	121	29.2
그렇지 않다	15	14.3	16	24.2	66	27.2	97	23.4
전혀 그렇지 않다	15	14.3	16	24.2	46	18.9	77	18.6
잘 모른다	16	15.2	16	24.2	53	21.8	85	20.5
합계	**105**	**100**	**66**	**100**	**243**	**100**	**414**	**100**

(결측빈도 10)

마. 격리·강박 중 신체적 피해

응답 환자 중 21.8%에서 격리나 강박 중 신체적 부상을 입은 적이 있는 것으로 나타났다. 병원분류별로 국공립정신병원의 경우 ‘부상을 입은 적이 있었다’는 응답이 14%를 차지한 반면, 300병상 이상의 사립정신병원과 300병상 미만의 사립정신병원의 경우 각각

35.3%, 21.3%로 사립정신병원에서 격리·강박 중 환자의 신체적 부상이 더 많이 발생했음을 알 수 있었다.

[표4-29] 격리·강박 중 부상

부상 경험	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
있다	14	14.0	24	35.3	50	21.3	88	21.8
없다	86	86.0	44	64.7	185	78.7	315	78.2
합계	**100**	**100**	**68**	**100**	**235**	**100**	**403**	**100**

(결측빈도 21)

격리·강박 중 신체적 부상을 입은 환자 88명에게 부상 부위를 직접 기입하게 하였다. 부상 경험이 있는 88명 중 65명(73.9%)은 팔·다리에 부상을 당했고, 9명(10.2%)은 어깨·겨드랑이에 부상을 당했다고 기입했다. 그 외 다른 부위에 부상을 입었다고 기입한 사람은 14명(15.9%)이었다. 대부분의 정신병원에서 사용하는 유도복·태권도복 띠에 강박을 당하기 때문에 손목과 발목에 멍이 드는 등의 부상을 당한 환자들이 많았다. 어깨 또는 겨드랑이 부상의 경우, 팔과 다리 외에 가슴도 강박하면서 유도복·태권도복 띠를 어깨와 겨드랑이를 통해 고정하기 때문이다. 그리고 일부는 격리·강박 과정에서 부상을 당하였다.

[표4-30] 격리·강박 중 부상 부위(주관식 기입)

부상 부위	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상이상)		사립정신병원 (300병상미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
팔·다리	12	85.7	18	75.0	35	70.0	65	73.9
어깨·겨드랑이	1	7.1	3	12.5	5	10.0	9	10.2
기타	1	7.1	3	12.5	10	20.0	14	15.9
합계	**14**	**100**	**24**	**100**	**50**	**100**	**88**	**100**

바. 격리·강박 중 인권침해

'직접 경험한 격리·강박 과정에서 부당한 인권침해'는 '보호자, 환자에게 설명 없는 격리·강박 시행'(30.2%)이라는 응답이 가장 많았고, 그 다음 순으로 '격리·강박 중 환자 존엄성 침해(기저귀 착용 등)'(20.6%), '욕설, 심리적인 인격 훼손'(16.3%), '격리·강박과정에서 과

도한 신체적 폭력'(15.9%), '격리·강박 중 부당한 음식 제공 거부'(9.1%), '성희롱·성폭력'(4.7%)이 차지했다.

[표4-31] 격리·강박 중 인권침해

(복수응답)

인권침해 경험	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
설명 없는 격리·강박	30	29.7	22	21.6	108	33.1	160	30.2
신체적 폭력	18	17.8	14	13.7	52	16.0	84	15.9
음식제공 거부	11	10.9	13	12.7	24	7.4	48	9.1
존엄성 침해 (기저귀 착용 등)	17	16.8	26	25.5	66	20.2	109	20.6
욕설, 인격 훼손	14	13.9	14	13.7	58	17.8	86	16.3
성희롱·성폭력	6	5.9	11	10.8	8	2.5	25	4.7
기타	5	5.0	2	2.0	10	3.1	17	3.2
합계	**101**	**100**	**89**	**100**	**308**	**100**	**529**	**100**

5. 격리·강박 시설 및 운영 관련 개선안

가. 격리실 시설 보완

격리·강박 중 환자의 인권과 안전을 위해 격리실 시설에서 보완되어야할 점에 대하여 직접 기입하게 하였고, 이에 총 424명 중 154명이 의견을 작성하였다. 격리실 시설에서 보완되어야 할 점으로는 '화장실이 필요하다'는 의견(38.3%)로 가장 많았고, 그 다음 순으로 '청결, 환기, 세면대 필요 등 청결 관련 시설 보완'(29.9%), '냉난방 시설 보완'(6.5%), '호출벨·인터폰 필요'(5.2%)가 많았다. 기타 의견(20.1%)으로는 '보호실 공간 확대, CCTV 설치, 보호실 벽 등에 보호시설 설치, 방음막 설치 등'이 있었다.

[표4-32] 격리실 시설 보완(주관식 기입)

안전 청결	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
청결	7	28.0	8	33.3	31	29.5	46	29.9
화장실	6	24.0	4	16.7	49	46.7	59	38.3
냉난방	1	4.0	6	25.0	3	2.9	10	6.5
호출벨·인터폰	3	12.0	0	-	5	4.8	8	5.2
기타	8	32.0	6	25.0	17	16.2	31	20.1
합계	**25**	**100**	**24**	**100**	**105**	**100**	**154**	**100**

(결측빈도 270)

나. '격리 및 강박 지침' 준수

보건복지부의 정신장애 환자에 대한 '격리 및 강박 지침'에 대해 알고 있냐는 질문에 '모른다'는 응답이 78.8%를 차지한 반면, '알고 있다'는 응답이 21.2%에 불과했다.

[표4-33] 보건복지부 '격리 및 강박 지침' 인지

격리·강박 지침	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
알고 있음	31	30.4	14	20.9	42	17.4	87	21.2
모름	71	69.6	53	79.1	199	82.6	323	78.8
합계	**102**	**100**	**67**	**100**	**241**	**100**	**410**	**100**

(결측빈도 14)

보건복지부 '격리 및 강박 지침'의 인지 여부와 상관없이 현재 입원하고 있는 정신병원에서 지침의 준수여부에 대해 질문하였다. 보건복지부의 10개 지침 중에서 '주치의 또는 당직의사의 지시에 따른 시행'(21.2%)되고 있다는 응답이 가장 적었고, 그 다음 순으로 'vital sign 등 점검'(44.7%), '격리 및 강박 이유에 대한 설명'(48%), '치료진이나 병동편의 및 처벌을 목적으로 시행하지 않음'(48.8%), '혈액순환, 자세변동, 대소변 허용, 음료수 공급'(49.3%)의 지침이 잘 시행되고 있지 않았다.

[표4-34] 보건복지부 '격리 및 강박 지침' 시행 준수

격리·강박지침 시행 준수	국공립 정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계		결측 빈도
	명	%	명	%	명	%	명	%	
의사 지시에 따라 격리·강박	31	30.4	14	20.9	42	17.4	87	21.2	14
격리·강박 이유 설명	53	58.9	31	55.4	85	41.3	169	48.0	72
관찰 가능 안전한 환경	67	75.3	40	69.0	133	63.0	240	67.0	66
편의·처벌 목적이 아님 (PRN 포함)	52	58.4	27	48.2	90	44.8	169	48.8	78
적절한 수의 치료진에 의한 격리·강박 수행	70	76.1	44	75.9	125	63.5	239	68.9	77
환자 상태 확인 기록·보고	71	78.9	36	66.7	115	56.9	222	64.2	78
vital sign 점검	46	52.3	25	44.6	82	41.4	153	44.7	82
혈액순환, 대소변 허용, 음료수 공급	54	59.3	22	41.5	91	46.7	167	49.3	85
상황 종료 시 즉시 해제	65	71.4	29	52.7	120	59.1	214	61.3	73
강박대 착용시 혈액 순환 확인	54	62.1	23	43.4	95	48.7	172	51.3	89

※ 지침을 준수하고 있다는 답변만 표기

'보건복지부의 격리 및 강박 지침이 환자 권리 보호에 충분한 내용을 담고 있다고 생각하는가'라는 질문에 47.3%는 '그렇다', 27.3%는 '그렇지 않다'고 응답했다. 25.3%는 '잘 모른다'고 응답했다.

[표4-35] 보건복지부 '격리 및 강박지침'의 적절성

지침내용 만족도	국공립 정신병원		사립정신병원 (300병상이상)		사립정신병원 (300병상미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
매우 그렇다	19	18.6	7	10.9	14	6.2	40	10.2
그렇다	48	47.1	22	34.4	75	33.3	145	37.1
그렇지 않다	13	12.7	9	14.1	52	23.1	74	18.9
전혀 그렇지 않다	6	5.9	5	7.8	22	9.8	33	8.4
잘 모른다	16	15.7	21	32.8	62	27.6	99	25.3
합계	**102**	**100**	**64**	**100**	**225**	**100**	**391**	**100**

(결측빈도 33)

다. 인권보호를 위한 개선사항

환자들은 정신장애인 인권보호를 위해 '정신장애인에 대한 차별의식 개선'(45.7%)이 가장 필요하다는 응답이 가장 많았고, 그 다음 순으로 '정신장애 환자와 가족에 대한 국가의 지원 강화'(21.9%), '법적 제도적 보호 규정, 지침 강화'(12.7%), '의료인의 적극적인 자세와 노력'(10%), '보건행정당국의 관리 철저'(7%), '적정한 의료인력 확보'(2.4%)라는 응답이 차지했다.

[표4-36] 정신장애인 인권보호를 위해 필요한 점

인권보호 필요한 점	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
정신장애인 차별의식 개선	48	52.7	27	45.8	94	42.7	169	45.7
환자, 가족 대상 국가지원 강화	18	19.8	13	22.0	50	22.7	81	21.9
법적 제도적 보호, 지침 강화	10	11.0	7	11.9	30	13.6	47	12.7
보건 당국의 관리 철저	3	3.3	4	6.8	19	8.6	26	7.0
적정한 의료인력 확보	2	2.2	0	-	7	3.2	9	2.4
의료인의 적극적인 노력	10	11.0	8	13.6	19	8.6	37	10.0
기타	0	-	0	-	1	0.5	1	0.3
합계	**91**	**100**	**51**	**100**	**200**	**100**	**370**	**100**

(결측빈도 54)

3절. 의료인·직원 설문조사 결과

1. 응답자의 일반적 특성

병원종류별 설문조사 참여 의료인과 직원은 국공립정신병원이 65명(22.7%), 300병상 이상 사립정신병원이 52명(18.2%), 300명상 미만 사립정신병원이 169명(59.1%)이었다. 국공립병원이 22.7%를 차지하였고, 사립정신병원이 77.3%를 차지하였다.

[표4-37] 의료인·직원 병원별 설문인원

성별	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
설문 인원	65	22.7	52	18.2	169	59.1	286	100

설문에 응한 의료인·직원의 56.3%가 여자였고, 직종별로는 정신과 전문의가 20.4%, 정신과 전공의가 6%, 간호사가 45.4%, 간호조무사가 8.8%, 보호사가 18.7%, 기타가 0.7%가 설문에 응하였다. 경력 기간은 평균 8.8년이었고, 94%가 격리·강박 수행경험이 있었다.

[표4-38] 성별

성별	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
남	28	43.1	25	48.1	72	42.6	125	43.7
여	37	56.9	27	51.9	97	57.4	161	56.3
합계	**65**	**100**	**52**	**100**	**169**	**100**	**286**	**100**

[표4-39] 직종

직종	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
정신과 전문의	8	12.7	12	23.1	38	22.5	58	20.4
정신과 전공의	8	12.7	4	7.7	5	3.0	17	6.0
간호사	31	49.2	26	50.0	72	42.6	129	45.4
간호조무사	12	19.0	1	1.9	12	7.1	25	8.8
보호사	4	6.3	9	17.3	40	23.7	53	18.7
기타	0	-	0	-	2	1.2	2	0.7
합계	**63**	**100**	**52**	**100**	**169**	**100**	**284**	**100**

[표4-40] 격리·강박 수행 경험

시행 경험	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
있음	62	96.9	49	94.2	157	92.9	268	94.0
없음	2	3.1	3	5.8	12	7.1	17	6.0
합계	**64**	**100**	**52**	**100**	**169**	**100**	**285**	**100**

(결측빈도 1)

2. 격리·강박 시설

'간호사실에서 수시로 격리·강박된 환자를 관찰할 수 있는 창'에 대한 질문에 88.5%가 '있음'으로, 3.8%가 '없음'으로, 7.7%는 '없지만, CCTV가 있음'으로 답하였다. 반면, 환자들은 65%가 '있음'으로 답하였다.

[표4-41] 격리실 관찰창

관찰창	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
있다	62	95.4	44	84.6	147	87.0	253	88.5
없다	3	4.6	2	3.8	6	3.6	11	3.8
없지만, CCTV 있음	0	-	6	11.5	16	9.5	22	7.7
기타	0	-	0	-	0	-	0	-
합계	**65**	**100**	**52**	**100**	**169**	**100**	**286**	**100**

의료인과 직원의 84.4%가 격리실이 안전하고 청결하다고 답하였다. 반면, 환자들은 49.4%만이 격리실이 안전하고 청결하다고 답하였다. 그러나 의료인과 직원들도 격리실에 화장실과 세면대가 없다고 70.5%가 답하였다.

[표4-42] 격리실 안전·청결

안전 청결	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상이상)		사립정신병원 (300병상미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
매우 그렇다	23	35.9	5	9.8	23	13.7	51	18.0
그렇다	39	60.9	36	70.6	113	67.3	188	66.4
그렇지 않다	1	1.6	9	17.6	29	17.3	39	13.8
전혀 그렇지 않다	1	1.6	0	-	2	1.2	3	1.1
잘 모른다	0	-	1	2.0	1	0.6	2	0.7
합계	**64**	**100**	**51**	**100**	**168**	**100**	**283**	**100**

[표4-43] 격리실 화장실·세면대

화장실 세면대	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
있다	29	46.0	16	31.4	38	22.8	83	29.5
없다	34	54.0	35	68.6	129	77.2	198	70.5
합계	**63**	**100**	**51**	**100**	**167**	**100**	**281**	**100**

(결측빈도 5)

3. 격리·강박 수행 이유와 절차

가. 격리·강박 수행규정

의료인과 직원의 97.5%는 재직 중인 병원에 자체 '격리 및 강박 시행 규정'이 있다고 응답하였다.

[표4-44] 병원 자체 '격리 및 강박 시행 규정'

격리·강박 규정	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
있다	65	100.0	52	100.0	160	95.8	277	97.5
없다	0	-	0	-	7	4.2	7	2.5
합계	**65**	**100**	**52**	**100**	**167**	**100**	**284**	**100**

(결측빈도 2)

나. 격리·강박 이유

의료인과 직원의 경우 '격리·강박의 이유'로 타해(68.1%)라고 응답이 가장 많았고, 그 다음으로 자해의 위험(25.3%), 규칙위반(4.9%)이라는 응답이 많았다. 반면, 환자들은 타해(27.8%), 규칙 위반(24.9%)이라는 응답이 많았다.

그리고 의료인과 직원은 '격리와 강박 시 가장 고려하는 사항'에 대해서도 '자타해 위험 방지와 차단'(84.2%)이라는 응답이 가장 많았고, 그 다음으로 '환자 기본권 보호'(7%), '격리·강박 지침 준수'(5.6%)라는 응답이 많았다.

[표4-45] 격리·강박 이유

격리·강박 이유	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
자해	7	10.8	8	15.4	57	33.9	72	25.3
타해	56	86.2	42	80.8	96	57.1	194	68.1
기물파손	0	-	0	-	0	-	0	-
규칙위반	1	1.5	2	3.8	11	6.5	14	4.9
기타	1	1.5	0	-	4	2.4	5	1.8
합계	**65**	**100**	**52**	**100**	**168**	**100**	**285**	**100**

(결측빈도 1)

[표4-46] 격리·강박 시 고려 사항

격리·강박 고려 사항	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
자타해 위험 방지·차단	55	84.6	43	82.7	142	84.5	240	84.2
병실환경 훼손 방지·차단	0	-	1	1.9	1	0.6	2	0.7
환자 기본권 보호	4	6.2	4	7.7	12	7.1	20	7.0
타 환자 보호 질서유지	2	3.1	2	3.8	3	1.8	7	2.5
격리·강박 지침 준수	4	6.2	2	3.8	10	6.0	16	5.6
합계	**65**	**100**	**52**	**100**	**168**	**100**	**285**	**100**

(결측빈도 1)

의료인과 직원들의 96.1%는 격리와 강박 이유에 대한 설명 절차를 준수한다고 응답하였다. 이는 환자들의 '전혀 설명하지 않음'(28.8%)이라는 응답과 인식의 차이를 보여준다.

[표4-47] 격리·강박 이유 설명 절차 준수

격리·강박 이유 설명	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
매우 그렇다	28	43.1	12	23.1	33	19.5	73	25.5
그렇다	33	50.8	38	73.1	131	77.5	202	70.6
그렇지 않다	3	4.6	2	3.8	5	3.0	10	3.5
전혀 그렇지 않다	1	1.5	0	-	0	-	1	0.3
합계	**65**	**100**	**52**	**100**	**169**	**100**	**286**	**100**

4. 격리·강박 수행과정에서의 인권 침해

가. 격리·강박 시간

격리 또는 강박이 과도하게 시행되고 있는지를 알아보기 위한 '최대 격리 시간'의 질문에 32.1%가 '1~4시간', 17%가 '5~8시간', 10.8%가 '9~12시간', 19.9%가 '13~24시간'으로 답하였고, 20.2%가 '1일 이상'이라고 답하였다. 환자들은 40.2%가 '1~4시간', 19.3%가 '1일 이상'으로 답하였다. 직원의 약 70%가 4시간 이상의 격리를 시행했으며 약 20%에서는 24시간 이상의 격리하였던 것으로 답하여 환자의 답변과 비슷한 것으로 나타났다.

300병상 미만의 사립정신병원의 경우 '1일 이상'이 29.1%로 상대적으로 높은 비율을 차지했다. 환자들의 설문결과에서도 유사한 결과가 나왔다.

[표4-48] 최대 격리 시간

최대 격리시간	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
1~4시간	19	29.7	30	57.7	40	24.8	89	32.1
5~8시간	20	31.3	4	7.7	23	14.3	47	17.0
9~12시간	8	12.5	8	15.4	14	8.7	30	10.8
13~24시간	11	17.2	7	13.5	37	23.0	55	19.9
1일~2일	1	1.6	3	5.8	26	16.1	30	10.8
2일~4일	4	6.3	0	-	14	8.7	18	6.5
4일 이상	1	1.6	0	-	7	4.3	8	2.9
합계	**64**	**100**	**52**	**100**	**140**	**100**	**277**	**100**

(결측빈도 9)

'최대 강박 시간'의 질문에는 32.5%가 '1~2시간', 38.7%가 '3~4시간', 21.9%가 '5~8시간', 2.9%가 '9~12시간'으로 답하였고, 4.1%가 '13시간 이상'이라고 답하였다. 환자들은 28.1%가 '1~4시간', 18.1%가 '3~4시간', 21.8%가 '13시간 이상'으로 답하였다. 직원의 약 70%가 2시간 이상의 강박을 시행했으며 약 5%에서는 12시간 이상의 강박하였던 것으로 나타나 환자의 답변과 큰 차이를 보였다. 의료인과 직원들에 비해 환자들이 최대 12시간 이상 강박 당했다고 응답한 비율이 높았다.

[표4-49] 최대 강박 시간

최대 강박시간	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
1~2시간	8	12.3	16	30.8	65	41.4	89	32.5
3~4시간	27	41.5	30	57.7	49	31.2	106	38.7
5~8시간	25	38.5	5	9.6	30	19.1	60	21.9
9~12시간	3	4.6	0	-	5	3.2	8	2.9
13~24시간	2	3.1	0	-	2	1.3	4	1.5
1일~2일	0	-	1	1.9	3	1.9	4	1.5
2일 이상	0	-	0	-	3	1.9	3	1.1
합계	**65**	**100**	**51**	**100**	**151**	**100**	**274**	**100**

(결측빈도 12)

'격리·강박이 자주 발생하는 시간대'는 51%가 저녁(18시~21시), 29%가 오후(13~17시), 13.3%는 밤(22시~5시), 6.7%는 오전(6시~12시)라고 답하였다. 환자의 답변과 마찬가지로 유사하게 근무인력이 가장 적은 저녁과 밤에 격리·강박을 당하였다는 응답이 가장 많은 비율(64.3%)을 차지했다.

[표4-50] 격리·강박 시간대

격리·강박 시간대	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
오전(6~12시)	4	6.8	2	4.1	11	7.5	17	6.7
오후(1시~17시)	12	20.3	18	36.7	44	29.9	74	29.0
저녁(18시~21시)	42	71.2	21	42.9	67	45.6	130	51.0
밤(22시~5시)	1	1.7	8	16.3	25	17.0	34	13.3
합계	**59**	**100**	**49**	**100**	**147**	**100**	**255**	**100**

(결측빈도 31)

나. 과도하고 빈번한 격리·강박

의료인과 직원의 97.2%는 격리·강박이 본래의 목적보다 과도하고 빈번하게 시행되고 있지 않다고 응답하였다. 이는 환자의 38.3%는 과도하고 빈번하게 시행되고 있다고 응답한 것과 대조된다. 한편, 의료인과 직원의 71%는 격리·강박을 시행할 때 과실과 법적책임에 대한 부담을 느낀다고 응답하였고, 62.9%가 격리·강박 시 의사 입회 의무 규정이 필요하다고 응답했다.

[표4-51] 과도·빈번한 격리·강박

과도 빈번	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
매우 그렇다	0	–	0	–	0	–	0	–
그렇다	0	–	1	1.9	3	1.8	4	1.4
그렇지 않다	27	41.5	30	57.7	90	53.3	147	51.4
전혀 그렇지 않다	37	56.9	20	38.5	74	43.8	131	45.8
잘 모른다	1	1.5	1	1.9	2	1.2	4	1.4
합계	**65**	**100**	**52**	**100**	**169**	**100**	**286**	**100**

[표4-52] 격리·강박 수행 시 과실·법적책임에 대한 부담

과실·법적책임 부담	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
매우 그렇다	12	18.5	5	9.6	19	11.5	36	12.8
그렇다	38	58.5	32	61.5	94	57.0	164	58.2
그렇지 않다	14	21.5	13	25.0	40	24.2	67	23.8
전혀 그렇지 않다	1	1.5	2	3.8	6	3.6	9	3.2
잘 모른다	0	–	0	–	6	3.6	6	2.1
합계	**65**	**100**	**52**	**100**	**165**	**100**	**282**	**100**

(결측빈도 4)

[표4-53] 격리·강박 시 의사 입회 의무 규정

의사 입회	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
필요	43	66.2	36	70.6	96	59.3	175	62.9
불필요	22	33.8	15	29.4	66	40.7	103	37.1
합계	**65**	**100**	**51**	**100**	**162**	**100**	**278**	**100**

(결측빈도 8)

의료인과 직원들은 과도하고 빈번한 격리·강박이 일어나는 원인은 '의료인과 직원의 인력 부족'(46.2%)이라고 응답이 가장 많았고, 그 다음 순으로 '의료인의 인식과 관심 부족'(18.5%), '의료인과 직원의 자의적 시행'(9.2%)라고 응답하였다. 반면 환자들은 '처벌 목적으로 시행'(30.7%)이라는 응답이 가장 많았고, 그 다음 순으로 '의료인, 직원의 부족'(20.8%), '의료인, 직원의 자의적 시행'(17%)이라는 응답이 많았다.

[표4-53] 과도·빈번한 격리·강박 원인 (주관식 기입)[14]

부당한 격리·강박 원인	국공립 정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
의료인·직원 인력 부족	4	50.0	9	52.9	17	42.5	30	46.2
의료인·직원 자의적 시행	1	12.5	1	5.9	4	10.0	6	9.2
처벌 목적 시행	0	–	0	–	1	2.5	1	1.5
정신장애인 차별 의식		–		–		–		–
의료인 인식·관심 부족	2	25.0	3	17.6	7	17.5	12	18.5
병원 인식·관심 부족	0	–	0	–	1	2.5	1	1.5
법·제도적 보호·처벌 규정 미비		–		–		–		–
행정 당국 감시 감독 소홀	0	–	1	5.9	0	–	1	1.5
기타	1	12.5	3	17.6	10	25.0	14	21.5
합계	**8**	**100**	**13**	**100**	**29**	**100**	**65**	**100**

(결측빈도 221)

다. 격리·강박 수행 인원수

의료인과 직원들은 격리·강박을 시행할 때 적정한 치료진의 수를 평균 3.6명이라고 응답하였고, 가장 최근에 격리·강박을 시행할 때의 직원 수는 평균 3.2명이었다고 응답했다. 그리고 11.3%가 '다른 환자들이 격리·강박을 도우거나 간섭하는 경우가 있었다'고 응답하였다. 환자의 경우 23.5%가 다른 환자들이 참여했다고 응답했다.

[표4-54] 환자의 격리·강박 참여

환자 참여	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
있다	13	20.0	5	9.6	14	8.4	32	11.3
없다	52	80.0	47	90.4	152	91.6	251	88.7
합계	**65**	**100**	**52**	**100**	**166**	**100**	**283**	**100**

(결측빈도 3)

14) 의료인과 직원에게 과도·빈번한 격리·강박 원인을 주관식으로 기입하게 하였다. 그러나 응답비율이 높지 않았다.

라. 격리·강박 환자 모니터링

의료인과 직원의 98.9%는 격리나 강박시 환자에 대한 모니터링이 매우 잘 시행되거나 시행되고 있다고 응답하였다. 이는 환자의 42%가 환자에 대한 모니터링이 잘 시행되지 않다고 응답한 것과 큰 대조를 이룬다. 그리고 의료인과 직원의 23.1%가 격리·강박를 할 때 화학적 강박을 시행하고 있고, 56.9%는 가끔 사용한다고 응답하였다. 화학적 강박으로 쓰이는 주사약제는 할로페리돌, 로라제팜 등이었다.

[표4-55] 격리·강박 시 환자에 대한 모니터링 시행

격리·강박 모니터링	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
매우 그렇다	45	69.2	24	46.2	70	42.2	139	49.1
그렇다	20	30.8	27	51.9	94	56.6	141	49.8
그렇지 않다	0	-	1	1.9	2	1.2	3	1.1
합계	**65**	**100**	**52**	**100**	**166**	**100**	**283**	**100**

(결측빈도 3)

[표4-56] 격리·강박 시 화학적 강박 시행

화학적 강박	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상이상)		사립정신병원 (300병상미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
거의 사용	19	29.7	16	31.4	30	18.1	65	23.1
가끔 사용	37	57.8	26	51.0	97	58.4	160	56.9
사용하지 않음	7	10.9	9	17.6	29	17.5	45	16.0
잘 모름	1	1.6	0	-	10	6.0	11	3.9
합계	**64**	**100**	**51**	**100**	**166**	**100**	**281**	**100**

(결측빈도 5)

마. 격리·강박 중 인권침해

격리·강박 과정에서 부당한 인권침해에 대해서는 '격리·강박 환자에 대한 과도한 신체적 압박'(21.4%)이라는 응답이 가장 많았고, 그 다음 순으로 '격리·강박 중 환자 존엄성 침해(기저귀 착용 등)'(18.6%), '편의·처벌 목적으로 시행'(17.2%), '설명 없는 격리·강박 수행'(14.7%), '욕설, 심리적인 인격 훼손'(11.7%)이라는 응답이 많았다. 환자의 경우 '설명 없는 격리·강박 수행', '격리·강박 중 환자 존엄성 침해(기저귀 착용 등)', '욕설, 심리적인 인격 훼손', '격리·강박과정에서 과도한 신체적 폭력' 순이었다.

[표4-57] 격리·강박 중 인권침해

(복수응답)

인권침해 경험	국공립 정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
신체적 압박	25	20.3	21	29.2	62	27.0	108	21.4
불필요한 화학적 강박(PRN등)	5	4.1	7	9.7	21	9.1	33	6.5
설명 없는 격리·강박	20	16.3	13	18.1	41	17.8	74	14.7
편의·처벌 목적으로 시행	23	18.7	20	27.8	44	19.1	87	17.2
존엄성 침해 (기저귀 착용 등)	21	17.1	11	15.3	62	27.0	94	18.6
성희롱 성폭력	13	10.6	8	11.1	26	11.3	47	9.3
욕설, 인격 훼손	15	12.2	8	11.1	36	15.7	59	11.7
기타	1	0.8	0	0.0	2	0.9	3	0.6
합계	**123**	**100**	**72**	**100**	**230**	**100**	**505**	**100**

'격리·강박을 결정, 지시 또는 시행할 때 의료인이나 직원으로서의 어려움'에 대해 직접 기입하게 하였고, 이에 총 286명 중 189명이 의견을 작성하였다. '환자, 직원의 안전'(73%)이라는 의견이 가장 많았고, 그 다음 순으로 '환자의 인권'(13.8%), '법적 책임 판단'(9%), '인력 부족'(2.1%)이라는 의견이 있었다. 의료인과 직원들은 특히 강박의 경우 환자와의 물리적 상호 충돌을 가장 우려하였다.

[표4-58] 격리·강박 수행 시 어려움(주관식 기입)

격리·강박 수행 어려움	국공립 정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
환자, 직원 안전	38	86.4	30	83.3	70	64.2	138	73.0
인력 부족	0	–	0	–	4	3.7	4	2.1
환자 인권	2	4.5	3	8.3	21	19.3	26	13.8
법적 책임 판단	4	9.1	2	5.6	11	10.1	17	9.0
기타	0	–	1	2.8	3	2.8	4	2.1
합계	**44**	**100**	**36**	**100**	**109**	**100**	**189**	**100**

(결측빈도 97)

5. 격리·강박 시설 및 운영 관련 개선안

가. 격리실 시설 보완

의료인과 직원에게 '격리·강박 중 환자의 인권과 안전을 위해 격리실 시설에서 보완되어야할 점'에 대하여 직접 기입하게 하였다. 총 286명 중 152명이 보호실 시설에서 보완되어야 할 점에 대하여 작성하였다. 격리실 시설에서 보완되어야 할 점으로는 '화장실이 필요하다'는 의견(34.2%)로 가장 많았고, 그 다음 순으로 '청결, 환기, 세면대 필요 등 청결 관련 시설 보완'(23.7%), '냉난방 시설 보완'(3.9%), '호출벨·인터폰 필요'(2.0%)가 많았다. 기타 의견(36.2%)으로는 '보호실 벽 등에 보호시설 설치 등'이 있었다.

환자들도 '화장실'(38.3%)과 '청결'(29.9%) 관련 시설 보완 의견이 많았고, '보호실 벽 등에 보호시설 설치 등' 기타 의견(20.1%)도 있었다. 의료인과 직원들은 환자들에 비해서 보호실 벽 등에 보호시설 설치 등이 보완되어야 한다는 기타의견을 상대적으로 많이 기입하였다.

[표4-59] 격리실 시설 보완(주관식 기입)

시설 보완	국공립 정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
청결	10	28.6	10	26.3	16	20.3	36	23.7
화장실	10	28.6	13	34.2	29	36.7	52	34.2
냉난방	1	2.9	2	5.3	3	3.8	6	3.9
호출벨·인터폰	0	-	2	5.3	1	1.3	3	2.0
기타	14	40.0	11	28.9	30	38.0	55	36.2
합계	**35**	**100**	**38**	**100**	**79**	**100**	**152**	**100**

(결측빈도 134)

나. '격리 및 강박 지침' 준수

의료인과 직원의 98.6%는 보건복지부의 정신장애 환자에 대한 '격리 및 강박 지침'에 대해 알고 있다고 응답했다. 반면 환자의 78.8% 모른다고 답하였다. 그리고 의료인과 직원들의 98%이상이 모든 지침이 준수되고 있다고 응답하였다. 그러나 환자들은 10개 지침 중에서 '주치의 또는 당직의사의 지시에 따른 시행'(21.2%), 'vital sign 등 점검'(44.7%), '격리 및 강박 이유에 대한 설명'(48%), '치료진이나 병동편의 및 처벌을 목적으로 시행하지 않음'(48.8%), '혈액순환, 자세변동, 대소변 허용, 음료수 공급'(49.3%) 등에 대한 지침이 잘 시행되고 있지 않다고 응답했다.

[표4-60] 보건복지부 '격리 및 강박 지침' 인지 여부

격리·강박 지침	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
알고 있음	65	100.0	51	98.1	165	98.2	281	98.6
모름	0	-	1	1.9	3	1.8	4	1.4
합계	**65**	**100**	**52**	**100**	**168**	**100**	**285**	**100**

(결측빈도 1)

'보건복지부의 격리 및 강박 지침이 환자 권리 보호에 충분한 내용을 담고 있다고 생각하는가'라는 질문에 77.8%가 '그렇다'고 응답했다. 반면 환자들은 47.3%는 '그렇다', 27.3%는 '그렇지 않다'고 응답했다. 25.3%는 '잘 모른다'고 응답했다.

[표4-61] 보건복지부 '격리 및 강박지침'이 충분한지 여부

지침내용 충분	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
매우 그렇다	19	29.7	11	21.2	22	13.1	52	18.3
그렇다	45	70.3	39	75.0	137	81.5	221	77.8
그렇지 않다	0	-	1	1.9	5	3.0	6	2.1
전혀 그렇지 않다		-		-		-		-
잘 모른다	0	-	1	1.9	4	2.4	5	1.8
합계	**64**	**100**	**52**	**100**	**168**	**100**	**284**	**100**

(결측빈도 2)

다. 인권보호를 위한 개선사항

의료인과 직원들은 정신장애인의 인권보호를 위해 '정신장애인에 대한 차별의식 개선'(57.5%)이 가장 필요하다고 응답이 많았고, 그 다음 순으로 '적정한 의료인력의 확보'(19.8%), '정신장애 환자와 가족에 대한 국가의 지원 강화'(8.1%), '재정과 예산 투자'(5.9%), '법적 제도적 보호 규정, 지침 강화'(3.7%), '의료인의 적극적인 자세와 노력'(3.7%), '보건행정당국의 관리 철저'(1.5%)라고 응답하였다. 환자들도 가장 우선 순위로 '정신장애인에 대한 차별의식 개선'(45.7%)이 필요하다고 응답하였고, 그 다음 순으로 '정신

장애 환자와 가족에 대한 국가의 지원 강화'(21.9%), '법적 제도적 보호 규정, 지침 강화'(12.7%), '의료인의 적극적인 자세와 노력'(10%), '보건행정당국의 관리 철저'(7%), '적정한 의료인력 확보'(2.4%)라는 응답이 차지했다.

의료인과 직원들은 환자들에 비해서 '적정한 의료인력 확보'에 대한 개선을 많이 요구하였다.

[표4-62] 정신장애인 인권보호를 위해 필요한 점

인권보호 필요한 점	국공립정신병원		사립정신병원 (300병상 이상)		사립정신병원 (300병상 미만)		합계	
	명	%	명	%	명	%	명	%
정신장애인 차별의식 개선	33	54.1	27	52.9	97	60.2	157	57.5
환자, 가족 대상 국가지원 강화	8	13.1	2	3.9	12	7.5	22	8.1
법적 제도적 보호, 지침 강화	0	0.0	3	5.9	7	4.3	10	3.7
보건 당국의 관리 철저	0	0.0	0	0.0	4	2.5	4	1.5
적정한 의료인력 확보	17	27.9	10	19.6	27	16.8	54	19.8
재정, 예산 투자	1	1.6	7	13.7	8	5.0	16	5.9
의료인의 적극적인 노력	2	3.3	2	3.9	6	3.7	10	3.7
합계	**61**	**100**	**51**	**100**	**200**	**100**	**273**	**100**

(결측빈도 13)

4절. 소결

1. 설문조사 대상자

설문에 응한 격리·강박 경험이 있는 입원환자의 경우 80.6%가 비자의 입원이었고, 57.5%가 의료보호 대상자였다. 응답환자의 진단명은 알코올 의존증(33.5%), 조현병(29.7%), 우울증과 조울증(20.0%) 순이었다. 300병상 미만의 사립병원의 경우 46.3%가 알코올 의존증 환자였다.

2. 격리·강박 시설

가. 격리실 시설(안전과 청결) : 화장실 없는 격리실

격리실의 안전과 청결상태의 대한 질문에 환자의 49.4%만이 만족한다고 하였고, 환자의 70%는 격리실에 환자들이 독립적으로 사용할 수 있는 화장실과 세면대가 없다고 하였다.

시설 보완점으로 의료인, 직원, 환자 모두 격리실 내의 화장실 설치와 격리실의 청결이 가장 시급하다고 하였다. 병원별로는 국공립정신병원에 비해 사립정신병원 환자의 격리실 안전과 청결상태에 대한 만족도가 낮았다.

3. 격리·강박 수행 이유와 절차

환자들은 '격리 또는 강박을 당한 이유'를 주로 타해(27.8%)와 병동 규칙 위반(24.9%)이라고 응답했고, 30.9%만이 격리·강박의 이유를 주치의나 당직의사가 매번 설명했다고 응답했다. 반면 의료인과 직원들은 격리·강박의 이유로 타해(68.1%), 자해의 위험(25.3%), 규칙위반(4.9%)이라고 응답했고, 96.1%가 격리·강박의 이유에 대한 설명 절차를 준수했다고 응답했다.

4. 격리·강박 수행과정에서의 인권침해

가. 최대 격리·강박 시간

환자의 19.3%가 최대 격리 시간이 '1일 이상'이라고 응답했고, 21.8%는 최대 강박 시간이 '13시간 이상'이라고 응답했다. 의료인과 직원들은 64.3% 격리·강박이 주로 저녁과 새벽사

이(18:00~05:00)에 이루어진다고 응답했다.

나. 과도하고 빈번한 격리·강박 원인 : 처벌 목적, 인력 부족

환자의 38.3%는 격리·강박이 본래의 목적보다 과도하고 빈번하게 시행되고 있다고 하였다. 과도한 격리·강박이 일어나는 원인으로는 '처벌 목적으로 시행'(30.7%)이 가장 많았고 다음으로 '의료인, 직원의 부족'(20.8%), '의료인, 직원의 자의적 시행'(17%)이라고 하였다.

반면 의료인과 직원의 설문결과를 보면 1.4%만이 격리·강박이 본래의 목적보다 과도하고 빈번하게 시행된다고 응답했다. 그러나 응답자의 71%는 격리·강박을 시행할 때 '과실과 법적책임'에 대한 부담을 느낀다고 하였다. 과도한 격리·강박이 일어나는 원인으로 '의료인과 직원의 인력 부족'(46.2%)이 가장 많았고, 다음으로 '의료인의 인식과 관심 부족'(18.5%), '의료인과 직원의 자의적 시행'(9.2%)이라고 하였다.

환자들은 의료인·직원과 달리 격리·강박의 이유를 주치의나 당직의사가 매번 설명하지 않는 상태에서, 격리와 강박이 치료 목적보다는 처벌의 목적으로 자의적으로 시행된다고 인식하고 있다.

국공립정신병원에 비해 사립정신병원 환자들에서 격리·강박의 주된 이유가 규칙 위반이라는 응답과 격리·강박이 과도하고 빈번하게 시행된다고 응답한 비율이 상대적으로 높았다. 또한 격리·강박의 발생이 근무인원이 비교적 적은 야간시간대에 주로 이루어지는 것으로 나타났고 이는 과도·빈번한 격리·강박이 의료인과 직원 등 인력문제와 연관이 있는 것으로 보인다.

다. 격리·강박 수행 인원수

환자들의 22.6%는 1명의 직원에게 격리·강박을 당하였다고 하였고, 환자의 23.5%와 의료인·직원의 11.3%는 동료환자들이 격리·강박 수행에 참여했다고 응답했다. 이는 격리·강박중 환자의 안전과 사생활 보호권리가 심각하게 침해되고 있는 것을 보여준다. 의료인·직원들은 환자와 직원의 안전을 위해서 적정한 격리·강박 수행 인원수가 3.6명이라고 하였다. 현재 보건복지부의 정신장애 환자에 대한 '격리 및 강박 지침'에는 2~3명의 강박시행 인원을 규정하고 있으나, 환자와 직원의 안전을 위한 강박을 위해서는 4명 이상이 필요함을 보여준다.

라. 격리·강박 환자 모니터링 : 의사의 입회, 화학적 강박

환자의 43.8%가 격리·강박 후 의사가 관찰 안했거나 모른다고 응답하였고, 환자의 62.5%가 중 환자에 대한 모니터링이 잘 시행되지 않거나 모른다고 응답했다. 반면 의료인과 직원의 98.9%는 격리·강박 중 환자에 대한 모니터링이 시행되고 있다고 응답하였다. 그러나 62.9%는 격리·강박을 시행할 때 의사의 입회 규정이 필요하다고 응답하였다.

약 30% 환자들은 격리·강박 시 화학적 강박으로 인해 수면상태에 있기 때문에 의사가 관찰했는지, 모니터링이 잘 시행되는지 여부를 알 수 없다고 하였다. 실제로 의료인과 직원의 80%는 화학적 강박을 시행하고 있다고 응답하였다.

마. 격리·강박 중 신체적 피해

환자의 21.8%가 격리나 강박 중 신체적 부상을 입은 적이 있다고 답하였다. 대부분의 정신병원에서 유도복·태권도복 띠를 강박도구로 사용하기 때문에 손목과 발목, 어깨와 겨드랑이에 멍이 든 환자가 많았고, 일부는 격리·강박 과정에서 부상을 당하였다.

바. 격리·강박 중 인권침해 : 설명 없는 격리·강박, 과도한 신체적 압박

격리·강박 과정에서 부당한 인권침해에 대해서 환자들은 '설명 없는 격리·강박 시행'(30.2%), '격리·강박 중 환자 존엄성 침해(기저귀 착용 등)'(20.6%), '욕설, 심리적인 인격 훼손'(16.3%), '격리·강박과정에서 과도한 신체적 폭력'(15.9%), '격리·강박 중 부당한 음식 제공 거부'(9.1%), '성희롱·성폭력'(4.7%) 등으로 응답하였고, 의료인과 직원의 경우, '격리·강박 환자에 대한 과도한 신체적 압박'(21.4%), '격리·강박 중 환자 존엄성 침해(기저귀 착용 등)'(18.6%), '편의·처벌 목적으로 시행'(17.2%), '설명 없는 격리·강박 시행'(14.7%), '욕설, 심리적인 인격 훼손'(11.7%) 등으로 응답하였다. 환자들은 설명 없는 격리·강박 수행을 가장 부당하게 여겼고, 의료인과 직원들은 환자에 대한 과도한 신체적 압박을 가장 우려하였다.

충분한 설명이 없는 또는 환자의 동의와 이해를 구하지 않는, 편의·처벌의 목적으로 시행되는 격리·강박은 환자의 존엄성을 침해하고, 언어적·신체적·성적 폭력을 야기하고 있다고 볼 수 있다.

5. 격리·강박 시설 및 운영 관련 개선안

가. 격리실 시설 보완: 화장실, 청결, 보호벽 등

환자와 의료인·직원들은 격리실 시설 보완점으로 '독립적으로 사용할 수 있는 화장실',

‘청결 관련 시설 보완’, ‘격리실 벽 등에 보호시설 설치’, ‘냉난방 시설 보완’, ‘호출벨·인터폰 설치’를 제안하였다.

나. ‘격리 및 강박 지침’ 준수 : 의사 지시에 따른 시행, 이유 설명 등

의료인과 직원들의 98.6%는 ‘격리 및 강박 지침’을 알고 있다고 답하였고, 98%이상이 모든 지침에 따라 격리와 강박이 시행되고 있다고 하였다. 그러나 환자의 78.8%는 보건복지부의 정신장애 환자에 대한 ‘격리 및 강박 지침’에 대해 모른다고 하였고, 지침 중에서는 ‘주치의 또는 당직의사의 지시에 따른 시행’(79.2%), ‘격리 및 강박 이유에 대한 설명’(52%), ‘치료진이나 병동편의 및 처벌을 목적으로 시행(51.2%)’, ‘vital sign 등 점검(55.3%)’, ‘혈액순환, 자세변동, 대소변 허용, 음료수 공급(50.7%)’ 등이 잘 지켜지지 않는다고 응답하였다. 그리고 의료인과 직원의 77.8%와 환자의 47.3%가 보건복지부의 ‘격리 및 강박 지침’이 충분한 내용을 담고 있다고 응답하였다.

우선 병원에서는 환자의 권리 교육으로서 ‘격리 및 강박 지침’을 환자들에게 인지시키고, 의료인과 직원에게 이를 준수할 수 있도록 강조하는 것이 필요하다. 다음으로 보건행정 당국은 ‘격리 및 강박 지침’을 준수 여부에 대한 관리를 철저히 하고, ‘격리 및 강박 지침’을 더욱 구체적으로 보완하여야 할 필요성이 있다.

다. 인권보호를 위한 개선사항 : 차별의식 개선, 국가의 지원 강화

정신장애인의 인권보호를 위해 환자들은 ‘정신장애인에 대한 차별의식 개선’(45.7%), ‘정신장애 환자와 가족에 대한 국가의 지원 강화’(21.9%), ‘법적 제도적 보호 규정, 지침 강화’(12.7%), ‘의료인의 적극적인 자세와 노력’(10%), ‘보건행정당국의 관리 철저’(7%)이 우선되어야 한다고 응답했고, 의료인과 직원들은 ‘정신장애인에 대한 차별의식 개선’(57.5%), ‘적정한 의료 인력의 확보’(19.8%), ‘정신장애 환자와 가족에 대한 국가의 지원 강화’(8.1%), ‘재정과 예산 투자’(5.9%), ‘법적 제도적 보호 규정, 지침 강화’(3.7%), ‘의료인의 적극적인 자세와 노력’(3.7%), ‘보건행정당국의 관리 철저’(1.5%)가 우선되어야 한다고 응답하였다.

정신장애인의 인권보호를 위해 법적 제도적 보호 규정과 지침 강화, 의료인의 적극적인 자세와 노력, 재정과 예산의 투자가 시급하지만, 중장기적으로 국가는 정신장애인들이 안전한 환경에서 치료 받고 재활 할 수 있도록 지원하고, 사회에서는 정신장애인에 대한 편견과 차별의식을 개선하는 것이 무엇보다도 중요하다는 것이 환자와 의료인·직원과 공통된 의견이다.

제5장. 정신병원 격리·강박 실태 포커스 그룹 인터뷰 조사 결과

1절 참여자 구성과 진행 과정

정신병원 입원 중 격리·강박과 관련한 실태를 파악하고 적절한 정책적 제안 및 권고를 도출하기위해 설문조사와 함께 질적 조사연구방법으로 포커스그룹 인터뷰(FGI) 방식을 택하였다. 설문조사를 시행한 6개의 정신병원 (국립병원 3개, 사립병원 3개)에서 환자그룹과 직원그룹으로 구분하여 각각 독립된 장소에서 참여자와 진행자가 마주볼 수 있게 자리를 배치하고 인터뷰를 진행하였다.

환자대상 인터뷰 참여자는 환자설문조사를 하는 중 진행자가 최근 격리·강박의 경험이 있는 환자를 선정하여 동의를 구한 후 결정하였다. 그 수가 2명 이하인 경우에는 개인 심층인터뷰로 진행하기도 하였다. 면담은 참여자들이 심리적 안정감을 위해 병원직원의 개입이 없는 병원내 조용한 장소에서 진행하였다. 진행자는 환자의 시각에서 격리·강박이 발생하는 상황과 동의 여부, 격리·강박 과정에서 문제점, 시설의 문제점, 개선 방안 등 3~4가지 핵심질문을 중심으로 환자의 의견을 청취하면서 진행하였다. 6개 정신병원에서 면담에 참여한 환자는 총 15명이었고 그 진행경과는 다음과 같다.

[표5-1] 환자 FGI 참여자

참여 병원	조사 일시	참여 환자
A 사립정신병원	2015. 7. 20.	남성 3명 / 여성 1명
B 국립정신병원	2015. 7. 22.	남성 2명
C 국립정신병원	2015. 7. 30.	남성 2명 / 여성 1명
D 사립정신병원	2015. 8. 3.	남성 2명
E 사립정신병원	2015. 8. 13.	남성 2명
F 국립정신병원	2015. 8. 17.	남성 2명

직원대상 인터뷰 참여자는 직원설문조사 후 정신병원이 협조를 구해 의사, 간호사, 보호사 등 4~5명으로 포커스그룹을 구성하였다. 참여자들은 둥그렇게 자리를 배치해 서로가 마주보는 위치에서 진행자의 질문에 따라 의견을 제시하게 하였다. 진행자는 정신병동에서 격리·강박이 발생하게 되는 상황과 이유들, 격리·강박 수행 중 문제점들, 시설이나 강박도구의 진단, 개선방안 등 3~4가지 핵심질문을 중심으로 참여자들의 이야기를 청취하면서 진

행하였다. 6개 병원에서 포커스그룹 인터뷰에 참여한 직원은 총 29명이었고 그 분포는 다음과 같다.

[표5-2] 직원 FGI 참여자

참여 병원	조사 일시	참여 직원
A 사립정신병원	2015. 7. 20.	전문의 1명 / 간호사 3명 / 보호사 2명
B 국립정신병원	2015. 7. 22.	전문의 1명 / 간호사 2명 / 보호사1명
C 국립정신병원	2015. 7. 30.	전공의 2명 / 간호사 2명/ 보호사 1명
D 사립정신병원	2015. 8. 3.	전문의 2명 / 전공의 1명/ 간호사 2명 / 보호사 1명
E 사립정신병원	2015. 8. 13.	전문의 1명 / 간호사 2명 / 보호사 1명
F 국립정신병원	2015. 8. 17.	전공의 2명 / 간호사 2명 / 보호사 1명

2절. 환자 대상 인터뷰 결과

환자대상 인터뷰 참여자는 모두 6개 정신병원에서 폐쇄병동 입원한자로서 남성이 13명, 여성이 2명이었다. 연령대는 20대에서 60대의 범위였고 진단별로 정동장에, 조현병, 알콜의존증 등이었다. 정신병원 직원의 개입 없이 진행자와 자유로운 분위기에서 약 1시간 정도 인터뷰를 진행하였다.

1. 격리·강박의 원인

먼저, 격리·강박의 근본적인 필요성에 관하여 환자들은 대체로 수긍하고 있었다. 자해나 타해의 위험이 있는 환자의 경우, 집단생활을 하는 병실 환경에서 다수 환자의 안전을 위해서도 격리나 강박이 필요하다는데 이견이 없었다.

그러나 실제 격리·강박이 이루어지는 원인을 두고 치료 목적이 아니라 처벌 목적이 우선이라는 견해가 많았다. 치료 목적의 격리나 강박은 망상, 환청, 환시와 같은 정신병 증상이 발현되는 경우, 혹은 알콜 환자의 경우 입원 당일 술에 취했을 때 격리되는 사례가 대부분이었다.

또한 처벌 목적의 격리나 강박은 대개 환자들 사이의 말다툼이나 싸움에서 발단되는 경우가 많다고 진술하였다. 그 외 병실 생활의 일상 규칙 위반, 보호사나 간호사, 의사 등 병원 직원에 대한 폭력 행위 등이 원인이 되기도 했다.

- 환자끼리 다툼이 있고, 보호사님과 마찰이 있을 때, 환자들 언성이 높아지면 보호실 쓰게 된다. 집중 관찰대상자라고 있다. 그 사람들이 어긋나게 행동했을 때 보호실가게 된다. - A 사립병원 환자
- 가장 큰 이유가 간호사 등과 얘기가 안 될 때다. 치료적 목적으로 할 때도 있지만 서로 얘기가 안 될 때 하는 경우가 많다. 싸우거나 하면 반드시 보호사들이 격리조치 한다. 환자들끼리 싸우는 경우가 많은데, 면회 다녀와서 받아온 간식 때문에 다투는 경우가 많다. - D 사립병원 환자
- 의사는 치료 목적이라고 하겠지만, 처벌 목적이 좀 줄어들었으면 좋겠다. 격리·강박시 중간 중간 확인도 하지 않고. - F 국립병원 환자

한편, 환자의 입장에서 처벌 목적의 격리·강박에 대해 수긍하지 않는 데에는 간호사, 보호사, 의사들의 소통 노력과 이해의 부족을 강하게 지적하고 있다. 장기간, 폐쇄적이며 과밀화된 병실 환경에 놓인 환자들의 심리, 정서 상태에 대한 고려 없이 단지 언성이 높아졌다는 이유로 격리·강박 하는 것은 치료 목적이라기보다 운영과 관리상의 이유라는 것이다. 수긍할 수 없는 격리·강박에 대해 환자들은 자신들을 무시하는 것으로 받아들이기도 한다.

- 환자에게 관심 좀 가져주고. 왜 싸웠느냐 물어봐 주고. 같이 의논해주고. 한 달에 30분 이상 얘기하는 경우가 없다. - E 사립병원 환자

입원 환자의 경우, 가족과의 갈등이 항상 잠재되어 있었다. 입원 전부터 환자들은 알콜 문제, 정신병 증상의 발현 과정에서 일차적으로 가족관계가 손상되기 쉬운데, 입원하고 난 후 퇴원을 위해 가족의 동의를 얻는 과정에서 갈등이 증폭되는 경우가 많다. 이 경우 그 스트레스는 때때로 소리를 지르거나, 자해, 폭력적 행동으로 외현되기도 하는데 격리·강박보다는 적절한 가족관계 상담을 통해 해결해나가는 노력이 필요하다.

- 집에 전화하면서 언성이 높아지면, 중간에 통화를 그만두게 하고, 싫다면 데려가 묶기도 한다. 안정실에 묶여 있으면 간호사가 내 욕하는게 다 들린다. 쟤는 저러니까 부모가 안 빼내주는 거야 이런다. 모욕적이다. 화를 내면 한번더 꽉 묶이고 주사 더 맞고 밥 굶기고. 모욕적이고 치욕적인 말 듣고도 어쩔 수 없다. - C 국립병원 환자

병원 규모나 국립, 공립, 사립병원에 따라 격리·강박의 사례 수는 차이가 있지만 격리·강박 수행의 기준이나 이유에 관한 환자들의 의견은 뚜렷한 차이가 없었다.

2. 격리·강박 과정에서 발생하는 인권침해

장시간 격리실에 있을 경우, 환자들의 큰 불편 가운데 하나는 대·소변을 해결하는 것이었다. 격리실에 변기, 세면대가 설치된 곳을 C 국립정신병원 한 곳에 불과했다. 나머지 병원은 격리실 내 임시 소변통을 비치해 놓거나, 환자들이 요청할 경우 보호사들이 격리실 문을 열어 외부 화장실을 이용하도록 하고 있었다.

격리실에서 용변을 보는 경우, 환자들은 수치심과 CCTV에 노출되는 것에 대한 불안이 있었다. 강박 환자의 경우 미리 기저귀를 채우거나 바가지를 대주고 해결하는 경우도 있었다.

- 강박 중에는 용변 시 기저귀를 채우거나 바가지를 대주는 데도 있다. - C 국립병원 환자
- 대소변을 격리실에서 하니까 더럽다. 환기가 안 되고 병원이 오래 되서 지저분하다. 소변보는 통을 넣어준다. 대소변 보면 밥 먹을 때 등 수시로 보호사가 가지고 나간다. 문을 두드리면 보호사가 온다. - D 사립병원 환자
- 면담실에 가두면서 변기통을 주는데, 나중에 면담실을 청소할 때 오물통이나 그런 걸 환자들 보고 치우라고 한다. 청소 아줌마들이 있는데도 우리 보고 치우라고 할 때가 있다. - D 사립병원 환자
- 몸을 묶어놓고 소변통을 받쳐주듯이 대놓으니까 너무 수치스럽다. - D 사립병원 환자
- 강박 시 소리를 질러야만 직원들이 온다. - B 국립병원 환자

격리·강박을 직접 시행하는 의사, 보호사, 간호사들에 대한 환자들의 불만과 인권침해 주장과 많았다.

- 강박은 필요한 게 맞다. 하지만 환자가 안정이 되어있을 경우 잘 확인하여 풀어줘야 할 것이다. - A 사립병원 환자
- 강박을 했을 경우 즉시 주치의가 와야하는데, 주치의와는 2-3일 후에야 면담이 가능했다. 이런 점을 개선해야 할 것이다. - A 사립병원 환자
- 치료진에게 인격적으로 무시당하는 기분이 드는 경우가 있음. 또, 환자가 치료진의 말을 잘 안 들을 때 수시로 격리시킨다며 협박을 하거나 위협을 함. 또, 제압 시 반말을 사용함. - A 사립병원 환자
- 환자 판단에 진정제를 맞고 마음이 안정됐음에도 불구하고 계속 강박을 시행함. 간호사는 강박을 계속 해야 할 이유에 대해 설명 없이 계속 강박을 해야 한다고만 함 - A 사립병원 환자
- 지체장애, 자폐가 있는 환자에게 스트레스 겸 화풀이를 하려고 아무도 안 보는 장소에서 학대를 했음. 환자가 누워있고 '하지마세요'라고 말하는데 장난인 척 하며 폭력을 행사함 - A 사립병원 환자

- 간호원들이 환자에게 '지 까짓게', '쟤는 저렇게 행동하니까 쟤네 엄마가 안 빼주는 거야.'라고 말하는 소리를 들음. - C 국립병원 환자
- 병원에서 보호사들이 환자들을 면담실에 가두고 환자의 옷을 벗기고 소지품, 신체 검사를 하는 경우가 있다. 혹시 면회할 때 부정한, 위험한 물건을 가지고 병실에 올 수 있으니까 하는데 그렇게 옷을 벗길 필요는 없다. 금속 탐지기 같은 걸로 검사하기도 한다. - D 사립병원 환자
- 알콜 환자들은 덜 과격하게 하는데, 정신질환자들의 경우 보호사들이 너무 심하게 다루는 걸 보았다. 무릎으로 명치를 누르면서 강박을 하거나, 발로 목을 옆으로 젖혀 누르면서 묶는다. 반말은 다반사다. 정실질환자들은 그렇게 해도 말도 못 알아듣고, 반발도 없으니까. - D 사립병원 환자

격리·강박 과정에서의 인권침해 사례는 열악한 시설이나 부족한 인력, 낡은 관행이 문제가 되는 경우도 많았다.

- 야간에 근무자들이 적다. 환자들은 많은 데 밤에 간호사 1명, 보호사 1명이 근무하는데가 많다. 환자들끼리 작당하면 충분히 직원들 제압하고 난동 부릴 수 있다. 환자들끼리 그런 얘기를 하기도 한다. 그런 사례를 아직 보지는 못했지만 그런 일이 일어날 가능성은 솔직히 반반 아닌가. - B 국립병원 환자
- 격리실이 모자라는 경우가 있다. - B 국립병원 환자
- 오늘(월요일) 인권위에서 조사를 나온다고 지난 주 금요일 격리실 공사를 했다. 격리실 창문 관찰 창을 불투명으로 바꿨다. 인권위에서 그렇게 지적했다고 그랬다. 얼마 전에는 병원에서 외부 인증 시험을 받았는데 용역을 불러다 대청소를 하고 그러는데, 인증 시험이 끝나고 나면 전부 옛날로 돌아간다. 오래된 병원이라 관행, 관습이 뿌리 깊다. 오늘 이렇게 얘기하지만 문제가 해결될 것이라 생각하지 않는다. - D 사립병원 환자

격리실에 설치된 CCTV 에 대해서는 환자들 간 그 필요성을 수긍하는 의견도 있었고 불가피함을 인정하지만 인격적 침해라는 주장이 엇갈렸다.

- CCTV 설치되어 있으면 (강박을 - 필자 주) 줄일 수밖에 없다. 항상 켜 있으면 강박 하는 사람도 의식할 수밖에 없다. 그러면 문제가. 웬만하면 강박보다 화해를 시키겠지. - F 국립병원 환자
- 감시당하는 거지. 감시당하는 기분이다. 없으면 좋은데. - A 사립병원 환자

3. 문제점의 개선방안

환자들은 격리·강박 과정 상의 문제점을 개선하는 방안으로 의사, 간호사, 보호사 등 병원 직원들과의 소통과 이해를 가장 많이 지적하고 있었다.

- 건의함(인권위, 병원 내)에 내용을 작성했을 때 무시하기 일쑤이며, 간혹 방문을 오더라도 아무 변화가 없어 좌절하게 된다. 이럴 때 감정이 억눌려 더욱 스트레스를 받는다. 환자들과 소통을 더 적극적으로 해주었으면 좋겠다. - A 사립병원 환자
- 격리실의 시설보다는 직원들의 마인드가 더 중요하다. 격리·강박은 필요한 것이라고 생각한다. 그러나 그것을 행하는 사람들의 마인드에 따라 격리나 강박이 잘 사용될 수도, 잘못 사용될 수도 있다. 조금 부족한 게 있어도 마인드가 좋으면 충분히 이해할 수 있다. 또, 환자에게 격리·강박을 시행할 때 감정을 배제시키는 훈련이 필요하다. - B 국립병원 환자
- 환자 입장을 이해하지 못하는 직원들의 자세가 문제다. 인격적으로 환자를 대우해야 한다. 자존심 상할 때가 많다. 환자와 가족, 환자와 치료진들 사이에 이해와 조화가 필요하다. - B 국립병원 환자
- 개인병원들의 경우, 의사소통 부재의 문제점이 많다. - B 국립병원 환자

특히, 의사와의 면담 시간이 절대적으로 부족하다는 환자들의 지적이 많았다. 그리고 인력 충원, 편의 시설의 개선, 병원 치료프로그램의 다양화 등을 통해서도 격리·강박의 문제점을 개선할 수 있다고 지적하고 있었다.

- 의사와의 면담시간과 전문성이 부족하다. 본인에게 관련이 있음에도 환자에게 정보를 많이 주지 않는다. 일주일에 세 번은 개인적인 면담이 필요하다고 생각된다. (현재 두세 번 정도 되고 있으나 주치의와 담당의의 생각이 다를 경우, 담당의와 면담을 하지만 주치의의 의견에 따라 담당의가 말을 많이 아껴 답답하다.) - B 국립병원 환자
- 보호사 간호사들 숫자를 늘려야 한다. 시설도 개선해야 한다. 환자 생활도 개선해야 한다. 환자들이 필요로 하는 편의시설을 개선하면 문제가 덜 발생할 것. 강박하는 사람들이 다시 생각해봐야 한다. 시설개선이 안되면 강박이 많이 일어날 것. 환자는 많고, 간호사 보호사, 의사는 부족하고 그러니까 환자나 의사, 간호사들이 소통이 미흡하니까 필요없는 격리·강박이 일어난다. - D 사립병원 환자
- 환자와 간호사, 의사들이 대화할 수 있는 정기적인 대화시간이 없다. 때때로 간호사들이 와서 잠깐 얘기하는 것 뿐. 의사들은 주5회, 하루 한번 씩 병실에 올라오는데 지금보다 더 많이 얘기해야 한다. 당직의사, 주치의가 있는데 환자에게 신경을 더 써야 한다. 시설 문제 외에도 간식 문제, 레크리에이션, 프로그램을 개선해야 한다. 환자에게 신경을 안 쓰는 것 같다. 프로그램이 있는데 활성화되어 있지는 않다. 늘 하는 사람들만 하고 있다. - D 사립병원 환자

환자들에 대해서도 어떤 경우 격리·강박을 행할 수 있다는 등 격리·강박의 시행 기준과 절차를 교육시켜 불필요한 격리·강박을 예방하고 격리·강박을 둘러싼 환자와 직원 간 갈등을 줄여나가야 한다는 의견도 있었다.

- 환자들에게도 격리·강박 매뉴얼에 대한 교육이 필요하다. (어떤 경우 몇 시간동안 들어가고, 어떤 것이 안 되고 등의 매뉴얼.) - B 국립병원 환자

3절. 직원 대상 인터뷰 결과

정신병동에서 의료인이 격리 및 강박 조치를 결정 시행할 때의 원칙은 폭력적 행동을 보이는 환자와 병동의 다른 환자 및 의료인의 안전을 확보하되 격리·강박 수행과정이 환자의 인권을 침해하거나 의료인의 편의를 위해 남용되지 않아야 한다는 것이다.

포커스그룹 인터뷰의 진행자는 이 원칙에 준하여 정신병동에서 격리·강박이 발생하게 되는 상황과 이유들, 시행과정에서의 문제점, 시설이나 강박도구의 진단, 개선 방안 등의 핵심질문을 중심으로 참여자들의 의견을 청취하고 녹음하였다.

직원대상 인터뷰 참여자는 총 29명이었으며, 6개 정신병원에서 근무 중 격리·강박 수행 경험이 있는 직원으로 정신과 전문의 5명, 전공의 5명 간호사 12명, 보호사 7명으로 구성되었다. 참여자들은 진행자와 자유로운 분위기에서 약 1시간~1시간 30분 정도 인터뷰를 진행하였다. 모두 격리·강박 수행에 참여한 경험이 있으며 참여자들의 정신병원 근무 연한은 6개월에서 29년까지 다양하였다.

1. 병동에서 격리·강박의 적응증

가. 격리·강박의 원인

의료인들은 정신병원에서 격리·강박이 발생하는 주된 이유로 입원 중 활성기 증상으로 인해 폭력적 행동을 보이거나 비자의 입원 절차를 밟은 신환 중에 입원을 받아들이지 못해 폭력적 행동을 하는 경우라고 했다. 때로 환자 스스로가 자기 감정 조절을 위해 요청하는 경우도 있고 치료환경을 위해서 대부분 도움이 되었다고 하며 긍정적으로 평가하고 있었다.

- 격리·강박을 결정하는 이유는 1. 자타해의 위험이 있는 경우로: 타 환자를 때리거나 자해자살 릐 시도가 있는 경우 2. 치료환경을 저해하는: 언어폭력, 고성의 경우로 환자의 과거력이나 그

맥락을 보고 결정하여 사전조처를 할 수 있다. verbal sedation이 가능한 경우도 있다. (정신과 전문의)

- 신환들이 입원을 받아드리지 못해 병동 기물을 파손하는 경우와 자타해 위험있는 경우에만 (격리·강박을) 시행한다. 환자들이 소란을 피우는데 왜 격리·강박을 안하냐고 다른 환자가 말할 때도 있고, 자기감정을 조절하지 못할 때 격리·강박하면 도움이 되었다고 말하는 경우도 있다. (간호사)

- 공동생활 중 다른 환자의 간식을 훔쳤을 때 격리·강박을 처벌목적으로 사용하지 않는다. 다만. 빈번하게 남이 물건에 손을 대어 공동생활을 저해했을 때 격리를 시킨다. (간호사)

나. 강박의 필요성

의료인들은 환자가 격리된 후 응급상황을 벗어나면 강박의 필요성이 없으나, 흥분이나 충동을 행동으로 옮길 때는 강박이 필요하고 하였다. 또한 강박의 경우, 화학적 강박(주사처치)을 먼저 시행하고 나서 신체적 강박을 하는 것이 환자나 의료진의 안전을 위해서 필요하다고 하였다.

- 격리된 후 응급상황에서 벗어나면 강박할 필요 없다. 그러나 더 진정시키기 위해서 먼저 주사를 놓고 강박하는 것은 환자에게 필요하다고 생각한다. 약효가 나타날 때까지 대개 20-30분이 걸리는데 환자가 의식이 있는 상태에서 강박하는 것은 좋지 않다고 배웠다. 허나 깨어있는 상태에서 불가피하게 하는 경우도 많다. (정신과 전문의)

- 갑자기 동료환자에게 폭력을 행할 때는 격리를 시도하는데 거부하면 강박으로 넘어가기도 한다. '면회 안 온다' '퇴원 안 시킨다'고 소리 지르고 욕하고 화를 내고 돌아다니면서 안 되고 협조 안 되면 격리 오더를 받는다. (간호사)

다. 격리·강박 수행의 딜레마

격리·강박의 결정과 시행에 애매모호한 경우가 발생하기도 한다. 보건복지부 지침은 격리·강박의 적용 기준을 "병실환경을 훼손할 우려 " 등 지나치게 광범위하게 규정하고 있어서 격리·강박의 결정을 두고 환자와 이견을 보이기도 한다. 그 상황과 판단기준을 알아보았다.

- 1. 자타해 위험있는 경우 2. 비자의입원시 협조 안될 때 3. 타 환자에게 피해를 준 경우에 격리나 강박을 한다. 비자의 입원인 경우, 묶여서 오거나 수갑차고 오는 경우까지 있는데 입원

후 잘 따르지 않고 모든 것 거부한 경우, 설득해도 탈출하려고 하는 경우, 타 환자가 불평하고 힘들다고 할 경우, 내가 불안하다고 한 경우, 일차 면담한 후 임상 경과를 보고 판단할 수 밖에 없다. (정신과 전문의)

- 환자들끼리 싸움이 벌어졌는데, 진술이 엇갈리는 경우 판단하기가 어렵다. 그래서. CCTV보고 확인하기도 하고 환자의 평소 태도를 보고 판단한다. (정신과 전문의)

- 치료적 환경을 파괴하는 것을 판단하기가 모호한 경우나 간호사들에게 욕설하는 경우에는 기분은 안 좋으나 격리로 이어지지는 않는다. (간호사)

2. 격리·강박 수행 중 문제점

가. 의료진의 안전

현 보건복지부 격리·강박지침에 의하면 "치료자가 단독으로 격리·강박을 시행하지 않으며, 안전을 위해 적절한 수의 치료진 2-3명이 있어야 한다"라고 정하고 있다. 인터뷰를 통해 실제 상황에서 흥분상태의 환자를 강박하기에 2-3명의 치료진이 적절한 인원인가를 확인하고자 했다. 강박과정에서 환자와 의료진 모두의 안전을 위해서는 강박에 걸리는 시간이 짧아야 하고 이를 위해서는 충분한 강박 인원으로 4명 이상이 필요한 것으로 나타났다. 현행 보건복지부 지침의 2-3명의 격리·강박인원은 수정되어야 할 것으로 보인다.

- 보호사가 다치는 경우 많다. 지금은 옛날처럼 꺾을 수 없으니까 팔을 잡으면서 옆구리에 끼는데 충분한 인력이 있어야 되는 거다. (보건복지부 격리·강박)지침에는 최소인원 2-3명으로 되어있는데 신환 경우 강제입원이어서 2-3명이 제지하기 어려워서 몸싸움이 일어나기 쉽다. 보호실에 가기까지에도...(보호사)

- 격리·강박 중 환자의 욕은 기본인데, 침을 뱉을 때는 정말 힘들다. (간호사)

- 강박 인원이 최소 2명인데 강박하면서 맞지 않았으면 좋겠다. (보호사)

- 안경이 깨지기도 한다. 보통 2-3명의 보호사가 시행하는데 힘이 들 때는 3-4명이 될 때까지 기다리기도 한다. 강박을 하더라도 폭력적이라고 생각되지 않게 시행하려면 최소한 4명이 있어야 한다. (보호사)

- 정신과 직원의 이직율이 높다면 근무환경의 어려움을 반영하는 것 아닌가? 급여나 환경의 문제이다. 처음에 정신과는 쉽다고 생각하고 오는데 무차별적으로 환자에게 언어적 폭력을 겪으니까 적응을 못하고 이직하기도 한다 인권뿐 아니라 직원들의 인권도 생각했으면 좋겠다. 환자들에게 맞고 욕먹고....환자들끼리의 싸울 때 다른 환자의 인권을 위해서 강박을 하는 것이

라는 측면도 생각해야 한다. (간호사)

나. 입원 초기의 격리·강박은 치료에 부정적 효과

의료진들은 입원 초기에 강박을 하면 치료에 부정적 영향을 미친다는 점에 대부분 동의하고 있었다. 특히 초진 환자의 경우, 격리·강박의 경험은 이후 환자의 치료 순응도를 현저하게 저해하기 때문에 주의를 요한다. 비자의입원의 경우 환자가 흔히 입원과 치료를 거부하기 때문에 입원 초기에 격리·강박과 연결될 수 있으며 이를 방지하기 위해서는 입원 전 환자가 충분히 입원의 필요성을 갖도록 도와주는 것이 중요하다고 하였다.

- 정신과 치료는 안정감을 주는 것이 매우 중요한데 입원초기에 격리·강박의 경험은 환자치료에 좋지 않은 것 같다. 그런데 야간에 입원하는 경우에는 안전에 무게중심이 실려서 격리·강박으로 이어지는 경우가 있다. (간호사)

- 주요 정신장애 증상이 진행되더라도 자신이 치료의 필요성을 잘 모르는 경우, 입원을 받아들이지 못한다. 그러나 입원 전 정신보건센터에서 방문해서 치료필요성을 이야기하면서 설득하는 경우에는 입원 후 별 문제가 없지만, 사설구급대를 통해 오는 경우 보통 입원을 받아들이지 못한다. 정신보건센터와 같은 공공의료기관이 개입하는 경우 격리·강박을 방지할 수 있다고 본다. (정신과전문의)

다. 격리·강박 시간과 빈도

보건복지부의 격리 및 강박 지침에는 격리·강박의 시간이나 빈도의 제한을 두고 있지 않아서 정신병원 환자들의 빈번한 격리와 장시간의 강박을 가능하게 하고 있다. 또한 그 해제 여부에 대한 판단이나 검토 시한 등을 지침 상 규정을 두지 않고 의료인의 주관적 판단에 위임함으로써 의료인에게는 치료목적이나 환자에게는 처벌로 시행되었다는 이견을 허용하고 있다.

- 정신과 교과서에서는 96시간 강박이 최대라고 되어 있다. 미국에서는 72시간 넘어가면 법원의 허락을 받아야한다고 한다고 알고 있다. 격리는 기간 제한은 없으나 15분마다 환자상태 확인하고 의사는 강박 이루어진 후 1시간 이내에 와서 확인해야한다고 되어있다. (정신과 전문의).

3. 격리시설 평가

격리실은 징벌방이 아닌 치료의 공간이다. 그러기 위해서는 환자의 안전 뿐 아니라 치료 효과를 도울 수 있도록 설계되어야만 한다. 격리실이 잘 설계되지 않았을 경우 환자가 불필요한 심리적 고통이나 불안을 야기할 뿐 만 아니라 자살이나 자해를 유발 할 수 있기 때문이다. 그러나 우리나라 보건복지부 지침에는 미국의 경우처럼 격리 시설에 대한 환경 제작 지침이 없어서 격리실의 적절한 크기, 조명, 벽면 완충장치, 가시성의 확보 등에 대한 규정을 제시하고 있지 않아 정신병원마다 제각각이다. 격리실이 환자에게 스트레스적인지 아니면 안식처로 기능하고 있는지에 대한 의료인의 평가를 확인하고자 하였다.

가. 격리시설의 열악함

환자에게 격리의 경험과 강박의 경험은 매우 큰 차이라고 할 수 있는데, 격리실의 안전 장치 미비로 격리만으로도 충분한 경우 강박으로 이어지는 경우가 많았다. 시설을 제대로 갖추는 것이 강박을 줄일 수 있다는 점에 대부분 동의하였으나 간호사실 안에 격리실이 위치하는 것이 환자의 안전과 인권에 주요한 부분을 인식하지 못하는 직원도 있었다.

- 나는 강박당하는 꿈을 꾸기도 했다. 창이 없는 보호실을 보면서 묶여있는 환자의 입장에서 생각해봤다. 아예 하얗게 벽으로 막혀있는 방인 경우, 안전하겠지만 인권적 심리적 배려 측면은 부족한 듯하다. (정신과 전공의)

- 격리된 환자는 관찰창을 통해 누가(다른 환자) 들여다 보는 것을 수치스러워 하기 때문에 관찰창을 막아놓았다. 시설이 안 되면 병원허가를 내주지 않겠다하면 따라가겠지만 병원 자율에 맡겨놓으면 그렇게 되겠나?(이 병원은 환자병동 안에 격리실이 있어서 다른 환자들이 들여다 볼 수 있는 구조임)

- 격리실은 골방, 구석방인 경우 관찰이 어려워서 간호사실에서 접근하기 쉬운 위치여야 할 것 같다. 또한 충격을 완충할 수 있는 벽을 갖춘다면 강박없이 격리만 할 수도 있을 거다. 강박 안 해도 되는 경우인데 벽에 충격완충장치가 없어서 강박하는 경우도 있다. 자해와 치료환경 저해의 경우, 격리만 시켜도 되지만 격리실 벽에 충격완충장치가 안되어 강박으로 이어지는 경우가 많다. (정신과 전문의)

- 격리실은 보호받고 있다는 느낌이 들어야 하기 때문에 격리만을 위해서 침대없이 벽에 충격완충장치 있는 방 (SR)도 필요할 것 같다.(정신과 전문의)

- 격리실 내에 변기는 오래 격리·강박하지 않는다면 필요하지 않은 시설인 것 같다. 관습적인 세팅에서 오래 두다 보니까 변기가 필요했던 거다. 격리실 변기물을 마시는 환자도 있었는데

세면대 문제는 차치하고서라도 변기는 꼭 필요한 것인가는 의문이다. (정신과 전공의)

나. 강박도구 평가

미국 등 서구에서는 위원회의 심사를 거친 강박도구만을 사용하도록 하고 있으나 우리나라 보건복지부 지침에는 강박도구에 대한 규정이나 지침이 없어서 강박도구로 인한 손상이나 사고가 진정의 이유가 되고 있다. 강박 중 손상을 예방하고 강박 수행의 시간을 최소화할 수 있는 강박도구의 규정이 필요한 실정이다.

- 강박 때 끈을 사용하는데, 끈을 두 명이 묶기가 무척 어렵다. 강박 시간이 짧으면 다치는 기회가 줄어들기 때문에 빨리 묶고 빨리 풀어지는 도구가 필요할 것 같다. (간호사)
- 강박을 시행하는 사람의 숙련도가 중요할 것 같다. 효과적으로 제압하는 사람의 숙련도가 강박도구보다 더 필요할 것이다. 또한 충분한 치료진이 동원된 상태에서 강박을 시작해야 환자와 치료진 모두 다치지 않는다. 다치지 않게 제압하는 것이 최우선이라고 교육받았다. (보호사)

4. 격리·강박 수행, 시설의 문제점 해결 방안

의료인들은 현행 격리·강박 시설 및 시행 상의 문제점들을 해결하는 방안으로 충분한 의료 인력의 충원과 정신과 의료급여 환자의 의료수가 정액제 폐지 및 의료수가 현실화를 강조하였다. 또한 빈번한 격리·강박의 원인이 되고 있는 비자의 입원의 감소 및 의료진의 인권마인드 증진을 통한 기계적 격리·강박의 방지 등도 해결 방안으로 제시하였다.

가. 충분한 의료 인력 충원

격리·강박은 환자와 의료인 모두에게 스트레스를 주고 있었다. 의료인들의 경우도, 격리·강박을 줄이거나 안전한 강박이 되기 위해서는 양질의 인력과 충분한 인력이 필요하며, 인력구조의 현실화를 위해서는 낮은 급여구조, 스트레스지수가 높은 근무환경 등이 원인이 되는 잦은 이직을 해결해야한다고 생각하고 있었다.

- 격리·강박은 환자 의료진 모두에게 스트레스예요. 영국은 PR zero를 목표로 한다고 한다. 1년에 1-2건 있는 정도인데 청소년 환자가 난폭한 경우 조용하고 쾌적한 방에 직원이 함께 들어가서 1시간 정도 손잡고 같이 있으면 안정되었다고 한다. 그러나 혼자 근무하는 우리네 환경에서는 인력이 부족하기 때문에 어렵다. (정신과 전문의)

• 안전한 강박을 위해서는 양질의 인력, 충분한 인력이 동원되어야 하는데 인력이 충분하지 못하다. 인력이 부족한 이유는 잦은 이직에 그 원인이 있고 근무조건에 비해 급여가 적은 이유는 정신병원 수가가 낮기 때문이다. (정신과 전문의)

나. 정신과 의료수가를 현실적으로 보장해야

적은 인력과 낮은 급여는 의료수가와 연결되어 있었다. 정신과에만 차별적으로 적용되는 급여환자의 정액제도가 폐지되어야 한다고 하였다. 또한 만성기 환자와 급성기 환자의 의료 수가가 똑같이 적용되고 있는데 급성기 환자의 경우 처치가 많이 들어감에도 불구하고 수가로 반영되지 않기 때문에 격리·강박과 같은 비교적 손쉬운 치료방법이 선호되어 빈번한 격리·강박의 원인이 된다고 하였다.

• 정부가 정신과 의료급여환자의 의료수가를 정액제(1달에 60-670만원)로 묶어놓고 있는데 왜 정신과만 다른 과와 다르게 정액제로 차등화하는지 모르겠다. 지금보다 2-3배 이상 인력과 시설 있어야 하는데 현실적으로 수가문제에 묶여 어려운 게 우리의 현실이다. 인력이 안되니까 묶어놓고, 주사놓고 하는 것 아니겠나? 어떻게 보면 강압에 의해 굴복시키는 거다. 환자는 혼나는구나라고 생각하며 더 분노할 수 있다. (정신과 전문의)

• 만성환자와 급성환자의 경우 수가가 똑같다. 급성환자인 경우에는 처치 내용에 맞게 수가를 줘야하는데 똑같으니까 그런 환자를 피하고 있는 병원도 있다. (정신과전문의)

• 강박인 경우 특수처치 수가를 신청할 수 있으며. 격리실인 경우 수가가 있으나 우리 병원은 신청 안한다. 처치를 하면 수가로 보상되어야하는데 처치를 하면 할수록 더욱 더 손해를 보는 구조라면 문제인거다. (정신과 전문의).

• 초기 급성기환자가 일반병동에 섞이니까 더 안정화가 안 되는 거다. 정신과집중치료실(p-ICU)에서 1주일정도 단기간 입원 후 안정되면 다른 병실로 넘겨야하는 시설이 필요하다. 지금은 모든 병실의 수가가 똑같아서 그런 세팅을 할 수 없다. acute care 병동이 운영될 수 있도록 의료수가를 적용한다면 해결될 것이다. 전체병상의 5-10%에서 ER과 ICU병상을 만들어 전문화, 세분화하는 거다. acute care병동/중간병동/퇴원준비병동의 병실체계로 운영하는 거다. 우리 병원에서 시도한 적이 있었는데 수가를 많이 주는 것이 아니어서 포기했다. 장기입원인 경우 병원에 손해만 된다. (정신과 전문의)

다. 비자의입원을 축소해야

의료인들은 비자의입원을 비롯한 제반 입원을 줄어야 하는 것도 격리·강박 방지의 한 방법이라고 하였다. 특히 비자의 입원일 경우, 입원 중 치료에 비협조적이어서 격리·강박으로 이어질 위험성이 높기 때문이다.

- 격리·강박 하더라도 비폭력적인 방법으로 이루어진다면 좋겠고 더 좋은 것은 입원을 안하면 더 좋다. 비자의입원인 경우 아무리 시설이 좋아도 분노한다. 정신병에 대한 사회적 낙인없이 정신과 치료받은 게 떳떳해야 되는데 그렇지 않아서 강제입원 할 수밖에 없을 정도로 키워서 온다. 조기발견, 예방에 치중해야 강제입원의 문제가 해결되고 그에 따른 격리·강박이 줄어들 거다. (정신과 전문의)

라. 의료진의 마인드 변화해야

교육이나 민원, 모니터링, 의료인의 인권마인드 증진 등을 통해 과거에 비해 강박의 빈도와 시간은 줄어가고 있는 것으로 나타났다 그러나 의료인이 입원에 비협조적인 환자와 면담을 통해 입원의 필요성을 이해시킨다면 입원초기의 격리·강박은 피할 수 있어서 치료순응도도 좋아질 수 있을 것이라고 하였다.

- 비자의입원한 정동장애환자로 협조 안되는 상황이었다. 입원수속 후 병동에서 주치의가 30분 정도 면담하면서 끈질기게 설득해서 입원절차에 수긍한 경우다. 그 결과 강박없이 첫 치료를 시작했다. 그 환자가 '만약 강박했더라면 다시는 정신과 치료를 받으러 오지 않았을것' 라고 말했다. 만약 격리·강박했다면 절차는 빨랐겠지만 치료에 도움은 안 되었을 것이다. 나는 의사의 면담이 매우 중요하다고 생각한다. (간호사)

- 강박은 환자에게도 외상이고 직원에게도 스트레스이다. 그것을 경험한 환자는 절대 그 기억을 잊어버리지 않는것 같다. 면담이 주는 안정감은 매우 커서 인력이 충분하다면 방지할 수 있을텐데 여력이 안되어 강박하는 경우도 있다. 엄마가 면회안온다고 소리를 질러서 격리·강박 오더 받고 보호사를 기다리는 시간 중에 설득해서 조용해졌다. 격리·강박 안하는 환경이면 좋겠다. (간호사)

- 강박의 빈도와 시간은 과거보다 줄었다.. 특히 시간은 1-2시간 정도인데 과거에는 4시간이 기본이었다. 격리는 늘고 강박은 줄었는데 전체 마인드는 과거보다 격리·강박을 줄여야한다는 것에 공감하고 있다. 교육, 모니터링, 민원, 인권마인드 통해서 감소했고 직원들도 격리·강박에 대해 부담을 느끼는거다. 더 줄이려면 resource 나 input이 제공되면서 변화해야 되는데 이러한 변화 없는 노력은 한계가 있다고 본다.(정신과 전문의).

마. 제도적 변화 필요

의료인들은 수가문제에 대한 정책이나 예산 책정과 같은 상부차원의 문제 해결 없이 시설이나 인권마인드만으로 격리·강박의 문제점을 근본적으로 해결하기는 어렵다고 하였다.

- 우리도 강박하고 싶지 않다. 강박을 하면서도 환자를 보호하려고 하지만 환자는 그렇게 받아들이지 않는 것 같다. 환자 인권을 증진시키고 싶다면 세부적인 지침을 세우고 직원 교육도 필요하고 인력의 증가도 필요하다. (직원들이) 말 맞추면 모두 자타해 위험 될 수 있다. 한정된 자원 내에서 환자 인권을 보호해야 한다면 다 퇴원시키든지 누가 맞더라도 내버려둬야 한다.(간호사)

- 상부차원의 문제(정책, 예산)를 소홀히 하면서 하부차원의 시설이나 격리·강박지침을 해결하려고 하는 것은 근본적 방법이 될 수 없다. (정신과 전문의)

4절. 소결

1. 격리·강박 발생 원인

먼저, 격리·강박의 발생 원인에 대해 환자들은 환자들간의 다툼, 의사·간호사·보호사들과의 갈등, 가족관계 문제 등을 원인으로 꼽고 있다. 그리고 이러한 표면적인 이유 외에 현재 정신병원 시설의 낙후함, 인력 부족, 치료진·직원들과의 소통과 이해의 부족이라는 구조적 원인도 지적하고 있었다. 그 결과 격리·강박이 벌어지는 현장에서 치료 목적이라기보다 병실 내 질서유지, 병원 운영의 편의성 등을 앞세워 환자 통제와 처벌 목적의 격리·강박이 발생하고 있다고 주장하고 있었다.

반면 의료인들은 정신병원에서 격리·강박이 발생하는 주된 이유로 입원 중 활성기 증상으로 인해 폭력적 행동을 보이거나 비자의입원 절차를 밟은 신환 중에 입원을 받아들이지 못해 폭력적 행동을 하는 경우라고 했다. 때로 환자 스스로가 자기 감정 조절을 위해 요청하는 경우도 있고 치료환경을 위해서 대부분 도움이 되었다고 하며 긍정적으로 평가하고 있었다. 의료인들은 환자가 격리된 후 응급상황을 벗어나면 강박의 필요성이 없으나, 흥분이나 충동을 행동으로 옮길 때는 강박이 필요하고 하였다. 또한 강박의 경우, 화학적 강박(주사처치)을 먼저 시행하고 나서 신체적 강박을 하는 것이 환자나 의료진의 안전을 위해서 필요하다고 하였다.

2. 격리·강박 중 인권 침해 및 피해

환자들은 격리·강박 과정에서 다양한 인권침해 사례를 호소하고 있었다. 심층 인터뷰 과정에서 격리실의 위생 환경, 용변 처리 과정에서의 수치심 발생과 CCTV로 인한 사생활 침해, 지나친 강박으로 인한 신체 부상, 불필요한 강박, 직원들의 격리·강박 위협 등 다양한 인권침해 주장이 제기되었다.

의료인들은 흥분상태의 환자를 강박하는 과정에서 직원들이 환자로부터 맞거나 안경이 깨지는 등 신체적 부상을 당한다고 하였다. 격리실의 안전장치 미비로 격리만으로도 충분한 경우가 강박으로 이어지는 경우도 있었다. 시설을 제대로 갖추는 것이 강박을 줄일 수 있다는 점에 대부분 동의하였으나 간호사실 안에 격리실이 있는 것이 환자의 안전과 인권에 주요한 부분을 인식하지 못하는 직원도 있었다.

3. 격리·강박 문제점 개선안

현행 격리·강박 실태에서 발생하는 문제점을 개선하기 위한 방안도 다양하게 제안되었다. 환자들은 무엇보다 치료진, 병원 직원들과의 소통과 이해를 가장 중요하게 여기고 있었다. 특히, 직접 치료를 담당하는 의사들과의 정기적이며 충분한 진료 상담을 요구하는 경우가 많았다. 그 외 부족한 병원 인력의 충원, 병원 치료프로그램의 다양화, 격리·강박 시설 환경 개선, 환자 교육 등을 개선방안으로 지적하고 있었다.

격리·강박은 환자, 의료인 모두에게 스트레스를 주고 있었다. 의료인들의 경우도, 격리·강박을 줄이거나 안전한 강박이 되기 위해서는 양질의 인력과 충분한 인력이 필요하며, 인력구조의 현실화를 위해서는 낮은 급여구조, 스트레스지수가 높은 근무환경 등이 원인이 되는 잦은 이직을 해결해야한다고 생각하고 있었다. 적은 인력과 낮은 급여는 의료수가와 연결되어 있었다. 정신과에만 차별적으로 적용되는 급여환자의 정액제도가 폐지되어야 한다고 하였다. 또한 만성기 환자와 급성기 환자의 의료 수가가 똑같이 적용되고 있는데 급성기 환자의 경우 처치가 많이 들어감에도 불구하고 수가로 반영되지 않기 때문에 격리·강박과 같은 비교적 손쉬운 치료방법이 선호되기도 한다.

의료인들은 비자의입원을 비롯한 제반 입원을 줄어야 하는 것도 격리·강박 방지에 한 방법이라고 하였다. 특히 비자의 입원일 경우, 입원 중 치료에 비협조적이어서 격리·강박으로 이어질 위험성이 높기 때문이다. 그러나 의료진이 입원에 비협조적인 환자와 면담을 통해 입원의 필요성을 이해시킨다면 입원초기의 격리·강박은 피할 수 있어서 치료순응도도 좋아질 수 있을 것이라고 하였다.

또한 교육이나 민원, 모니터링 , 인권마인드 증진 등을 통해 과거에 비해 강박의 빈도와 시간은 줄어가고 있는 것으로 나타났다 그러나 의료인들은 수가문제에 대한 정책이나 예산 책정과 같은 상부차원의 문제 해결 없이 시설이나 인권마인드만으로 격리·강박의 문제점을 해결하기는 어렵다고 하였다

의료인들은 입원 초기에 강박을 하면 치료에 부정적 영향을 미친다는 점에 대부분 동의하고 있었다. 특히 초진 환자의 경우, 격리·강박의 경험은 이후 환자의 치료 순응도를 현저하게 저해하기 때문에 주의를 요한다. 비자의입원의 경우 환자가 흔히 입원과 치료를 거부하기 때문에 입원 초기에 격리·강박과 연결될 수 있으며 이를 방지하기 위해서는 입원 전 환자가 충분히 입원의 필요성을 갖도록 도와주는 것이 중요하다고 하였다.

의료인들은 초기 급성기 환자는 정신과집중치료실에서 단기간 입원 후 안정되면 중간단계병동으로 그 후 퇴원준비병동에서 치료받는 방식의 병실체계로 운영되어야 하며 의료수가를 각 병동마다 처치 내용에 맞게 현실적으로 적용한다면 급성기 환자의 격리·강박이 예방될 수 있다고 하였다.

또한 의료인들은 격리실의 안전장치가 강박을 예방하는 조건이 될 수 있다고 하였다. 환자에게 격리의 경험과 강박의 경험은 매우 큰 차이라고 할 수 있는데, 격리실의 안전장치 미비로 인해 격리만으로도 충분한 경우에 강박으로 이어지는 경우가 많았다. 우리나라 보건복지부 지침에는 격리 시설에 대한 지침이 없어서 격리실의 적절한 크기, 조명, 벽면 완충장치, 가시성의 확보 등에 대한 규정이 필요한 시점으로 판단된다. 또한 강박과정에서 환자와 의료진 모두의 안전을 위해서는 강박에 걸리는 시간이 짧아야 하고 이를 위해서는 충분한 강박 인원으로 4명 이상이 필요한 것으로 나타났다. 현행 보건복지부 지침의 2-3명의 격리·강박인원은 수정되어야 할 것으로 보인다.

제6장. 개선방안

1절. 격리·강박 과정에서 환자 인권 보장을 위한 방향과 원칙

격리·강박 과정에서 환자들의 인권상황을 개선하기 위한 방향과 원칙은 크게 네 가지로 제시할 수 있다.

1. 격리와 강박의 최소화 노력

유럽연합이나 미국연방정부에서 이미 천명하였듯이 격리와 강박은 이제 치료적 방법으로 여길 수는 없으며 환자와 의료인의 안전이 심각하게 위협 받을 때 다른 수단과 방법을 모두 사용해 본 후 어쩔 수 없이 사용할 수 있는 최후의 수단임이 분명하다. 따라서 격리와 강박은 가능한 최소화하여야 하며 궁극적으로는 근절해야 할 대상이라 할 수 있다. 그러므로 격리와 강박에 대한 정책의 대원칙은 격리와 강박을 최대한 억제할 수 있도록 하는 방향으로 정해져야 한다. 이를 위해서는 현행 시설을 기반으로 하는 입원 치료 중심에서 외래 중심, 지역정신보건 케어시스템으로의 전환 및 이를 뒷받침할 정신보건에 관한 사회인식 개선이 중요하며, 전문가집단 및 국가기관에 의한 지속적인 관리와 격리와 강박의 무분별한 사용을 억제하기 위한 법적 장치, 격리와 강박 시행규정의 보강과 의료인 교육 등이 필요할 것으로 판단된다. 또한 국가 및 전문가집단에서는 당장의 격리 강박을 최소화할 방법을 도출하는 상시적인 활동이 시급하다.

2. 격리와 강박의 사전 예방

격리와 강박을 필요로 하는 상황을 줄이는 방법 즉 사전 예방할 수 있도록 하는 데 주안점을 두어야 한다는 것이다. 본 연구에서도 나타 난 바 있듯이 현재 우리나라에서 격리와 강박 발생 원인중 하나는 환자와 의료인간의 의사소통의 부족이다. 즉 충분한 설명, 설득과 환자에 대한 공감이 있다면 환자의 폭력적 행동이나 분노를 적잖게 줄일 수 있다. 이외에도 병동의 과밀도 해소, 환자와 의료인의 비율의 향상, 의료인에 대한 지속적인 사전교육 등 환자들이 분노하고 폭력적인 행동을 하지 않도록 하는 사전적 조치가 보다 더 근원적인 해결방책이라 할 수 있다.

3. 정신보건환경의 구조적 개선 노력

그 동안의 격리·강박관련 인권침해 역시 정신장애에 대한 낙후된 사회적 인식을 비롯해 비자의적 입원의 빈발, 장기입원, 치료보다 수용 위주의 정신보건정책 등 구조적 문제에 의해서 파생되었다는 점에 천착하여 이런 제반 정신보건환경의 전체적 개선노력도 부단히 지속되어야 한다는 점이다.

4. 격리·강박 관련 인권침해 개선책의 조속한 시행

격리·강박 관련 인권침해는 피해당사자에게 심리적 트라우마 뿐 아니라 사망에 이르기까지 할 수 있는 심각한 문제인 동시에 2013년 국가인권위원회의 전체 진정사건중 15%에 이를 정도로 만연한 문제로서 시급한 개선과 해결을 요한다는 점이다. 따라서 비록 격리·강박 관련 문제가 다른 구조적 문제에 의해 파생된 것은 사실이며 전체적 시각에서 신중한 개선노력이 경주되어야 할 것이지만 동시에 현재 당장 해소 및 개선 가능한 문제점은 조속히 시행되어야 할 것이다. 각 정신시설에서 시행되는 격리·강박의 횟수, 시행시간과 같은 최소한의 실태에 대한 지속적인 보고와 모니터링, 보다 구체적이고 엄격한 격리·강박 지침서의 개발과 적용과 같이 현실에서 빨리 시행 가능한 부분부터라도 조속히 시작하는 것이 필요하다.

2절. 최우선 개선 과제

1. 격리·강박 보고 시스템의 구축

정신과입원시설에서 시행하고 있는 격리·강박의 실태를 정기적으로 담당 행정기관에 보고토록 함으로써 행정기관이 그 현황을 모니터링 하도록 하고 정기적으로 취합하여 전국의 격리·강박 현황에 대한 통계를 개별 정신과 입원시설에 통지하도록 한다.

모니터링 대상은 월별 격리 및 강박의 횟수, 격리·강박된 해당 환자의 성별 인원, 연령 및 진단, 격리 및 강박 시간의 최고/최저치 및 평균 등이 포함되어야 할 것이다. 이는 전국의 격리·강박 실태를 파악할 수 있을 뿐 아니라 개별 정신 의료기관들이 격리·강박을 줄이도록 유도하는 효과가 있을 것으로 기대된다.

2. 격리시설과 강박도구의 표준화

환자의 인권보호와 안전 확보를 위해 격리시설 및 강박도구에 대한 최소한의 규정은 시급히 마련해야 할 것이다.

그 내용으로는 시설의 크기에 대한 규정, 충격완화를 위한 벽면의 재질, 침상의 높이, 통풍 및 적정온도 유지 및 의료인이 상시적으로 감독할 수 있는 시야성 확보 등은 격리실 내 환자의 안전을 위해 필수적 조건이라 하겠다. 또한 환자의 인권 특히 사생활권 보호를 위해 다른 환자들로부터의 독립성 확보를 위한 격리실의 위치 및 관찰창의 크기, 독립적 화장실 공간 확보 등이 필요하다.

강박도구는 신속하고 환자의 손상을 최소화할 수 있는 도구로 표준화하여 행정기관의 심사를 거친 것만을 사용하도록 한다. 강박시행 시 환자의 자세도 환자의 안전에 중요한데 특히, 두 발을 모아 묶거나, 두 팔을 위 아래로 엇갈려 묶는 방법 등에 대한 제한 등이 포함되어야 할 것이다.

3. 병원 내 격리·강박 최소화 위원회 설치

격리·강박을 가능한 한 최소화하는 정신병원의 노력이 중요하다. 이를 위해 모든 정신과 입원시설은 격리·강박 최소화를 위한 위원회를 설치하여서 격리·강박 환자에 대한 보호관찰, 시행과정에 대한 기록 관리, 내부 매뉴얼 제작, 환자 의견 수렴 등 격리·강박 실태를 자체 검토하고 이를 줄일 수 있는 실천방안을 논의토록 한다.

또한 격리·강박 통계를 쉽게 집계할 수 있도록 별도의 격리·강박 목록을 수기 작성하며, EMR 체계를 갖춘 의료기관이라 할지라도 격리·강박 목록은 수기로 작성하도록 한다. 격리·강박 목록(장부)에는 격리·강박 이유와 지속시간, 지시자 및 수행자가 기입되어야 하며 강박의 경우 강박의 자세와 강도를 기입한다.

특히, 소아청소년 환자의 경우는 흔히 지체장애와 같은 질병특성으로 인하여 시설 내에서 폭력행사나 사고를 보다 더 잘 유발할 수 있는 상황인데, 현재의 소아청소년병동에서는 '행동치료'라는 명분으로 실제로는 문제행동에 대한 처벌적 성격의 격리와 강박을 시행함으로써 다분히 공포와 억압으로 심리적 고통을 가하고 있는 것으로 조사되었다. 그러한 처벌과정을 주변 아이들에게 보여줌으로써 다른 아이들에게 문제행위 시 어떠한 벌이 있는지에 대하여 암묵적인 경고를 주고자 하는 의도이다. 병원 내 소아청소년 환자들에 대해서는 보다 더 엄격한 '격리와 강박 조건과 관리'가 이루어져야 할 필요가 있다.

4. 격리·강박 진료기록부의 의사 기재 의무화

격리·강박에 관한 처방은 의사만이 명령을 할 수 있도록 하며, 격리·강박 명령은 매번 시행 될 때 마다 새롭게 처방 내지 명령을 하고 이를 서면으로 남기도록 해야 한다.

의사가 환자가 폭력적 행동을 보일 경우에는 언제든지 격리·강박을 할 수 있도록 사전에 이를 허용하는 처방이나 명령(소위 필요시 명령- PRN order) 또는 한번의 서면 명령이 여러 차례의 강박과 격리를 시행하도록 하는 것을 금지하여 격리·강박의 남용가능성을 줄인다. 화학적 강박의 경우에도 같은 기준을 적용하도록 한다.

격리·강박 후 반드시 의사는 환자를 30분 이내에 면담해야할 것과 그 면담의 내용 및 격리·강박 결정과 해제에 대한 근거를 진료기록부의 입원경과기록지에 기재하는 것을 의무화하는 것이 필요할 것으로 보인다.

격리나 강박 시간의 최대 허용시간을 규정해야 하고 강박의 경우, 한 번의 명령으로 4시간을 초과할 수 없으며 이를 초과한 경우, 의사가 진찰한 후 새로운 지시를 서면으로 작성하도록 규정한다. 또한 서면 명령을 새로 낸 경우에도 전체 24시간 이상을 초과할 수 없으며 , 만약 24시간 이후에도 환자가 위험하다고 판단될 경우 다른 의사가 환자를 면담, 판단한 후 추가 명령을 할 수 있도록 한다.

3절. 중장기 개선 과제

1. 비자의 입원의 최소화, 외래 중심 치료체계로의 전환

국가인권위원회 격리 강박 진정사례와 이번 실태조사 결과에 의하면 정신질환자는 적지 않은 경우가 병을 키워서 가족이나 사회가 감당할 수 없는 상황에 이르러서야 병원으로 보내어지는 경우가 많았다. 따라서 그 입원과정이 환자 당사자에게 충분히 설명될 수 없음으로 해서 신체에 대한 구속과정이 상당히 강압적이고 그에 따른 당사자의 심각한 물리적 반발이 발생하게 됨으로써 결국은 병원에 들어오는 순간 격리와 강박과 같은 억압적 기재가 작동하는 것이었다. 가족과 사회의 정신질환에 대한 이해부족으로 인하여 질환이 발생하더라도 치료를 안 하는 경우가 50% 이상이며, 환자가 치료과정에 결국 들어오더라도 그 이전에 방치되어 있는 기간이 보통 2년이 넘는다.

따라서 격리와 강박을 줄이기 위해서는 결국 정신질환에 대한 공공적 성격의 지역사회 정신보건 인프라의 확충 및 접근성 제고가 가장 먼저 고려되어야 할 것이고, 현행의 시설을 기반으로 하는 입원치료라는 제한적인 방식이 아니라, 지역정신보건센터와 같은 열려있는 외래중심의 치료가 보다 더 활성화 될 필요가 있다. 예를 들어, 정신질환자의 가족이 지역정신보건센터로 환자를 의뢰하거나 아니면 지역정신보건센터가 가정방문을 통하여 환자와 그 가족을 돌보는 방식이 활성화되는, 즉 '공공'의 개입이 보다 폭넓게 이루어지는 환경이 조성되어야 할 것이다. 물론 그 과정에서 이익을 중심으로 움직이는 '정신병원'이나 '사설구급대'와 같은 '사적영역'의 개입을 최소화하는 것도 현재의 격리강박 문제해소에 많은 도움이 될 것이다.

2. 의료인 교육

격리·강박의 사고위험성 및 법적 문제, 인권침해가능성, 격리·강박이 환자에게 미치는 영향, 실제 격리·강박의 적응증, 모범적 시행과정 등에 대해 전공 의료인에게 최소 1년에 1회 이상은 교육이 이루어 져야 하며 이를 위한 교육자료를 정신건강의학과 전문의, 변호사 등 해당 전문가 및 인권위가 같이 개발하는 것이 필요하다. 또한 의료인 교육의 시행은 정신과 입원시설, 기관, 단체와 관계없는 제3의 중립적 기관에서 주관·시행하는 것이 바람직할 것이다.

3. 격리·강박 지침과 인증평가기준 개정

현행 보건복지부의 격리·강박 관련 지침은 전부 3쪽에 불과하여 해외의 관련지침에 비해 그 양적, 질적 측면에서 부실한 것이 사실이다. 격리·강박을 최소한 해야 된다는 전제 하에서 격리·강박의 적응증, 위험성, 최대 허용시간, 법적 문제, 인권침해 가능성, 환자에게 미치는 정신적·신체적 영향, 강박도구, 시설규정, 시행과정에서 인력, 방법, 사전 예방하는 방법 등을 망라한 지침서가 전문가 및 해당 행정기관의 주관 하에 폭넓은 의견 수렴을 거쳐 개정되어야 할 것이다.

또한 현행 정신병원 인증평가의 격리·강박 관련 평가의 내용을 보면 격리실이나 강박도구, 격리·강박명부 등에 대한 규정이 없고 매우 간단한 항목들로 구성되어서 실제로 격리·강박의 문제점을 평가하기에는 부족하다. 격리·강박 시설규정 및 강박도구, 격리·강박 지속시간 및 인원확보 등을 정신과 입원시설 인증평가기준에 포함하여서 이의 시행을 독려하도록 하는 방안도 있을 수 있다.

4. 법 개정

가. 격리·강박 요건 및 강화

정신병원에 입원한 환자의 경우에 헌법 제12조에서 보장하는 신체의 자유가 일정 정도 제한될 수는 있으나, 그 제한에 있어서 내용적으로, 절차적으로 적법절차원칙이 준수되어야 한다. 정신보건법 제46조에서는 자·타해의 위험성이 높고, 신체적 제한 이외의 방법으로는 이를 제지할 수 없는 경우에 한하여 환자를 격리 또는 묶는 등의 신체적 제한을 가할 수 있도록 규정하고 있다.

그러나 이러한 규정만으로는 구체적으로 어떠한 경우에 어떠한 절차와 방법으로 격리·강박이 시행될 수 있는지 법에서 명확하지 않으므로, 정신보건법에서 격리·강박의 구체적 적용범위, 즉시설명의무, 해제 여부에 대한 검토 및 환자의 상태 확인에 대한 시한 설정, 격리·강박의 최대 허용가능시간, 격리·강박절차 및 방법을 규정하고, 이를 위반한 경우에 대한 벌칙규정도 신설하여 격리·강박에 따른 신체의 자유 침해를 최소화하고 적법절차가 준수되도록 하여야 한다.

나. 정신보건기관 인력 확충

정신보건법 제12조 제1항에서는 정신의료기관의 시설, 장비의 기준, 의료인등 종사자의

수 및 자격등에 관하여 필요한 사항은 정신의료기관의 규모 등을 고려하여 보건복지부령으로 정하도록 하고 있고, 정신보건법시행규칙 별표 3에서는 입원환자 60인당 정신과전문의 1인, 입원환자 13인당 간호사 1인, 입원환자 100인당 전문요원 1인 등의 의료인력을 두도록 하고 있다. 이러한 의료인력 기준은 OECD 주요 국가들의 기준에 훨씬 못 미치는 수준으로 의료인력 대상 심층면접 결과에서도 격리·강박을 줄이는 최우선 방안으로 의료인력 보강을 들고 있다. 의료인력의 부족은 의료진에게 입원환자들을 통제나 감시대상으로 인식하게 하고, 인력기준이 보다 강화되지 않는 한 환자의 인권보장은 요원한 일이다. 의료인력 기준을 선진국 수준으로 강화하여 통제나 감시를 위하여 격리·강박이 남용되는 일을 최소화시켜야 한다.

다. 격리 및 강박지침의 법령화

격리 및 강박 지침은 행정부 내부의 직무규칙에 불과하기 때문에 일반 국민에게는 법적 효력을 갖지 못한다. 「격리 및 강박 지침」에 따르면 정신병원 측에 ①격리·강박 수행 전후에 그 이유를 환자 또는 보호자나 그 가족에게 설명할 의무, ②환자는 타인에게 인격이 보호되는 장소로써 외부 창을 통해 관찰이 가능한 조용하고 안전한 환경에서 실시할 의무, ③치료진이나 병동편의 및 처벌을 목적의 격리·강박 수행금지 의무, ④안전을 위해 적절한 수의 치료진 2-3명이 있어야 할 의무, ⑤격리·강박 후 간호사는 자주 환자의 상태를 확인해야 하며, 간호일지에 강박 또는 격리를 시행한 이유, 당시의 환자상태, 방법(보호복, 억제대 2Point, 4Point, 보호조끼)에 대해 자세히 기록할 의무, ⑥환자상태에 이상이 있을 시 즉시 주치의 또는 당직의에 보고할 의무, ⑦강박조치한 환자에게는 1시간마다 Vital sign(호흡, 혈압, 맥박 등)을 점검하고, 최소 2시간마다 팔다리를 움직여 주어야 할 의무 등을 부과하고 있으나, 이러한 지침이 법적 효력을 갖지 못하기 때문에 지침상의 의무를 위반한다고 하여 아무런 실효적인 제재조치가 이루어지지 못하고 있다.

격리·강박의 적용기준과 관련하여 정신보건법에서는 격리·강박을 최후의 수단으로 최소한으로 행할 것을 요구하고 있으나, 지침은 오히려 치료 프로그램이나 병실 환경을 훼손할 우려가 있는 경우나 과도한 자극을 줄여줄 필요가 있는 경우에도 격리·강박을 시행할 수 있다고 하여 모법의 적용기준보다 광범위하게 범위를 정하도록 하여 정신보건법의 적용원칙을 훼손하고 있다.[15] 따라서 격리·강박에 관한 사항은 복지부의 내부지침으로 정할 것이 아니라 정신보건법의 위임범위 내에서 시행령으로 규정하도록 할 필요가 있다.

15) 국가인권위원회, 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가보고서, 2009. 11.

라. 보호사의 자격요건 규정

정신보건법상 환자 관리 업무는 간호사와 간호조무사가 맡도록 규정되어 있다. 그러나 실제 현장에서는 정신병원 보호사들이 의사와 간호사를 보조하여 실제 환자 보호 및 관리 업무를 담당하고 있다. 그러나 정신병원 보호사 자격에 관해 어디에서도 규정하고 있지 않다. 병원에 따라 간호조무사 자격증을 요구하는 곳도 있지만 대부분의 병원에서는 '체격 건장하고 성실할 것'만을 요구한다. '보호사'라는 명칭도 임의로 그렇게 호칭하는 것일 뿐 법에 정해진 명칭이 아니다. 병원 현장에서는 법의 사각지대에 있는 보호사에 의한 환자 인권침해, 환자에 의한 보호사 인권침해가 계속해서 벌어지고 있다.

따라서 이러한 상황을 막기 위해서는 보호사의 자격요건을 법에서 명확히 규정하고 그에 따라 법에 의해 보호사 또한 관리·감독받아야 한다. 노인요양보호사의 경우 240시간의 교육을 이수하거나 간호사, 간호조무사, 사회복지사 등의 자격증을 취득해야 일을 할 수 있는바, 정신병원 보호사도 그에 준하여 240시간의 교육을 이수하거나 간호사·간호조무사 또는 사회복지사 자격을 취득할 것을 요건으로 할 것을 법에서 규정할 필요가 있다.

4절. 국가인권위원회의 권고

1. 정신보건법령의 개정

격리·강박 최소화, 사전예방의 원칙에 입각하여 현행 정신보건법 상 격리·강박 수행의 요건과 절차, 방법, 최대 허용시간, 시행기록 의무, 위반 시 벌칙 규정 등을 보완, 강화하고 정신병원 의료인력의 적정 기준을 새롭게 마련하는 방향으로 해당 법령의 개정을 권고하여야 한다.

2. 격리·강박 실태에 관한 정기적인 모니터링

정신과 입원시설에서 시행하고 있는 격리·강박의 실태를 정기적으로 담당 행정기관에 보고하고 해당 행정기관이 그 현황을 지속적으로 모니터링 하도록 한다. 담당 행정기관은 정기적으로 취합하여 전국 정신병원의 격리·강박 현황에 대한 기초 통계를 공개하고, 개별 정신의료기관에 통지하도록 한다. 모든 정신과 입원시설은 격리·강박 최소화를 위한 실행위원회를 자체 설치하여 자율적인 개선 노력을 지속적으로 기울여야 한다.

3. 정신의료기관 평가기준 개정

격리·강박 시설규정 및 강박도구, 격리·강박 지속시간 및 적정 의료인력 확보 등을 현행 정신과 입원시설 인증평가기준에 포함하여서 그 시행을 독려하도록 관련기관(예: 보건복지부 의료기관 평가인증원 등)에 권고하는 것이 필요하다.

4. 국가인권위 내 정신병원 환자인권 전담팀 설치

국가인권위원회 내부에 정신장애인, 정신병원 환자 인권 전담 단위를 구성하여 격리·강박 등 정신장애인들의 인권침해 문제에 적극 대응하여야 한다. 국가인권위원회는 다양한 정신질환과 정신장애인 인권문제에 대해 국민들이 정확하고 올바른 인식과 태도를 갖도록 적극 홍보하여 정신장애인들의 인권향상을 위해 노력하여야 한다.

참고문헌

국가인권위원회,『정신의료기관 방문조사보고서』, 2003.5.

국가인권위원회,『정신과 관련시설 인권상황 실태조사』, 2003.

국가인권위원회,『정신장애인 인권보호와 증진을 위한국가보고서』, 2009.

국가인권위원회,『국제기준에서 바라본 우리나라의 정신보건 현황과 사회적 낙인』, 2008.

국가인권위원회,『장애인권리협약 해설집』, 2007.

국가인권위원회,『정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사』, 2008.

국가인권위원회,『정신장애자 인권개선을 위한 법제연구』, 2006.

국가인권위원회,『장기입원의 구조적 원인과 지속 요인』, 2008.

보건복지부,『정신질환실태 역학조사』, 2001.

보건복지부,『정신보건시설 인권교육 표준교재』, 2011.

Jones K(1984) Robert Gandiner Hill and the non-restraint movement. Can J Psychiatry 29;121-124

Colaizzi J (2005) Seclusion and restraint: a historical perspective. J Psychosoc Nurs mental Health Serv 43:31–37

Salib E, Ahmed AG, Cope M (1998) Practice of seclusion: a fiveyear retrospective review in North Cheshire. Med Sci Law 38:321–327

European Commission (2005) Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe (2005) White paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorders, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. Council of Europe. http://www.ijic.org/docs/psychiatry.pdf.

Health Care Financing Administration. Hospital condition of participation. Federal Register Doc 99-16543. Washington, DC: Goverment Printing Office, 1999.

Currier GW, Farley-Toombs C. Datapoints: use of restraint before and after implementation of the new HCFA rules. Psychiatr Serv 2002; 53:138.

Brooks K, Mulaik J, Gilead M, Daniels B. Patient overcrowding in psychiatric hospital units: effects on seclusion and restraint. Adm Policy Ment Health 1994;22:133-44

VOICEYE
voiceye.com

Morrison P, Lehane M. Staffing levels and seclusion use. J Adv Nurs 1995;22:1193-202)

Kaplan Z, Schild K, Levin J. Violence in hospitalized psychiatric patients: diurnal and seasonal patterns. Psychiatry Res 1996:60:199-204

Champagne T, Stromberg N. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: innovative alternatives to seclusion & restraint. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2004; 42:34–44

D'Orio BM, Purselle D, Stevens D, Garlow S. Reduction of episodes of seclusion and restraint in a psychiatric emergency service. Psychiatr Serv 2004; 55:581–583.

McCue RE, Urcuyo L, Lilu Y, et al. Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. J Behav Health Serv Res 2004; 31:217–224

Forster P, Cavness C, Phelps M. Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. Arch Psychiatr Nurs 1999;13:269-71

Implementaion Guidelines:14NYCRR §526.4 Restraint and Seclusion

Aggression, Seclusion & Restraint in Mental Health Facilities in NSW. Document No.: PD2012_035

National Association of Psychiatric Health System, Guidelines for Built Environment of Behavior Health Facilities

<부록 1> 현장조사 체크리스트

<부록 2> 설문지. 입원환자용

<부록 3> 설문지. 의료인 직원용

<부록 4> 정신병원 인증기준집(보건복지부, 의료기관평가인증원)

<부록 5> 미국 뉴욕주 격리·강박 가이드라인

VOICEYE
voiceye.com

<부록 1> 현장조사 체크리스트

정신병원 격리·강박 현장조사 체크리스트

■ 기초 필요 서류 (제출 및 열람 요구 서류)

	서류 목록	비고
1	종사자 인력현황표(2015년 5월말 현재)	제출자료
2	입원환자 현황(2015년 5월말 현재) (진단별, 의료보장 형태, 연령별, 입원유형, 재원기간 등)	제출자료
3	격리 및 강박 관련 병원 내부 규정 및 매뉴얼	제출자료
4	격리 및 강박 현황(2014년~2015년 5월, 월별)	제출자료
5	격리 및 강박 중(이후) 사망사례(2010~2015년 현재)	제출자료
6	강박 및 격리 시행 관련 진료기록	열람자료 (양식 제출)
7	격리일지 및 강박일지	열람자료 (양식 제출)
그외자료		

■ **기초사항 (현황)** [평가: 관련 자료 확인]

1. 구분

① 국립 정신병원 ② 공립 정신병원 ③ 사립 정신병원 ④ 종합(대학)병원 정신과
⑤ 병원 정신과 ⑥ 정신과 의원 ⑦ 기타 ( )

2. 병상 및 환자수

전체 병상수	정신과 병상수	정신과 입원환자수	입원환자 비율 (입원환자수/정신과 병상수)

3. 정신병동수

정신과 병동수	정신과 개방병동수	정신과 폐쇄병동수	폐쇄병동 비율 (폐쇄병동수/정신과 병동수)

4. 폐쇄병상수

정신과 병상수	정신과 개방병상수	정신과 폐쇄병상수	폐쇄병상 비율 (폐쇄병상수/정신과 병동수)

5. 입원실 유형(예, 1인실 1개, 4인실 4개)

( )인실	( )인실	( )인실	( )인실	( )인실	총계
개(%)	개(%)	개(%)	개(%)	개(%)	개(%)

■ **의료인력 현황** [평가: 관련 자료 확인]

6. 정신과 의사

정신과 의사 필요인력 (입원환자 60인당 1인)	정신과 의사 인력현황		
	정신과 전문의	정신과 전공의	계
명	명	명	명

7. 간호사

간호사 필요인력 (입원환자 13인당 1인)	간호사 인력현황		
	간호사	간호조무사	계
명	명	명	명

8. 정신보건전문요원

	필요인력	인력현황		
		전문요원	전문요원 수련과정	계
정신보건간호사	명	명	명	명
정신임상심리사	명	명	명	명
정신보건사회복지사	명	명	명	명
전문요원(합계) (입원환자 100인당 1인)	명	명	명	명

9. 보호사

인원	남 (명)	여 (명)	총 명
관련 자격증 소지	유 (명)	무 (명)	
정기적 직무 교육 프로그램	유 ( )	무 ( )	

■ 입원유형과 현황 [평가: 관련 자료 확인]

10. 입원환자 진단별 분포(2015년 5월말)

진단	인원	비율
정신분열증	명	%
조울증	명	%
우울증	명	%
알코올 중독	명	%
지적장애	명	%
치매	명	%
신경증	명	%
간질	명	%
기타	명	%
합계	명	0%

11. 입원환자 의료보장 형태(2015년 5월말)

	인원	비율
건강보험	명	%
의료급여1종	명	%
의료급여2종	명	%
기타	명	%
합계	명	0%

12. 입원환자 연령별 분포(2015년 5월말)

	인원	비율
10세미만	명	%
10세~19세	명	%
20세~29세	명	%
30세~39세	명	%
40세~49세	명	%
50세~59세	명	%
60~64세	명	%
65세 이상	명	%
미상	명	%
중간 연령	세	
합계	명	%

13. 입원유형(2015년 5월말)

		인원	비율
자의입원		명	%
비자의 입원	보호의무자: 가족	명	%
	보호의무자 : 시장·군수·구청장	명	%
	기타 입소	명	%
	비자의 입원(계)	명	%
총 입원환자 수		명	%

※ 기타 입소: 응급입원자, 국립감호정신병원에 입원한 감호치료 대상자 등

14. 재원기간(2015년 5월말)

	인원	비율
1개월 미만	명	%
1~3개월	명	%
3~6개월	명	%
6개월~1년	명	%
1년~3년	명	%
3년~5년	명	%
5년~10년	명	%
10년 이상	명	%
합계	명	%

■ 격리·강박 현황 [평가: 관련 자료 확인]

15. 격리·강박 인원 (2014~2015년 5월, 월별)

	2014년 1월	2014년 2월	2014년 3월	2014년 4월	2014년 5월	2014년 6월
격리	명	명	명	명	명	명
강박	명	명	명	명	명	명

	2014년 7월	2014년 8월	2014년 9월	2014년 10월	2014년 11월	2014년 12월
격리	명	명	명	명	명	명
강박	명	명	명	명	명	명

	2015년 1월	2015년 2월	2015년 3월	2015년 4월	2015년 5월
격리	명	명	명	명	명
강박	명	명	명	명	명

16. 격리·강박 중(이후) 사망인원 (2010~2015년 현재, 연인원)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
사망자 수	명	명	명	명	명	명

■ 격리·강박 관련 사항 [평가: 현장 확인]

17. 보호실 수

	방문 병동	병원(총계)
보호실		

18. 보호실 창 (방문 병동)

	보호실 1	보호실 2	보호실 3	보호실 4	보호실 5
보호실 창 (유,무 표기)					

19. 보호실 크기(방문 병동)

	보호실 1	보호실 2	보호실 3	보호실 4	보호실 5
가로X세로	㎠	㎠	㎠	㎠	㎠

20. 보호실 내 화장실, 세면대 설비(방문병동)

	보호실 1	보호실 2	보호실 3	보호실 4	보호실 5
화장실					
세면대					

※ 유, 무 표기: 無 경우 이용방법 기입

21. 보호실 CCTV(방문병동)

	보호실 1	보호실 2	보호실 3	보호실 4	보호실 5
CCTV (유,무 표기)					

22. 간호사실에서 바로 관찰이 용이한 관찰창(방문병동)

	보호실 1	보호실 2	보호실 3	보호실 4	보호실 5
관찰창 (유,무 표기)					

23. 화학강박 약물 종류(방문병동)

( )

24. 격리·강박 도구 배치 현황(방문병동의 도구 종류, 억제대 재료와 수)

보호복	억제대				보호조끼	기타
	가죽	천	기타( )	계		

25. 의사, 간호사, 전문요원 근무조별 근무인원 수(방문병동, 방문한 주)

	의사		간호(조무)사		전문요원( )		보호사	
	평일	주말	평일	주말	평일	주말	평일	주말
주간	명	명	명	명	명	명	명	명
저녁	명	명	명	명	명	명	명	명
야간	명	명	명	명	명	명	명	명

26. 보호실 외 강박 장소 여부와 수(방문병동)

	임시장소 ( )	공개된 장소				기타
		병실				
개수						

※ 임시장소, 공개된 장소 경우, 병실, 회의실 등 기입

27. 최근 격리·강박 사례(방문병동, 10 case)

case 1							
환자 성별		환자나이		진단명		격리·강박 경험	
격리·강박 이유							
격리·강박 이유와 과정 설명 여부				격리·강박 이유와 과정 수긍 여부			
화학 강박 여부 및 약품							
격리·강박 장소							
격리·강박 도구							
격리·강박 시작 시간							
격리·강박 주체(결정, 실행 등)							
격리·강박 중 관찰 주기						분 마다	
격리·강박 식사·식수 공급							
격리·강박 용변 방법							
격리·강박 지속 시간							
기타							

case 2							
환자 성별		환자나이		진단명		격리·강박 경험	
격리·강박 이유							
격리·강박 이유와 과정 설명 여부				격리·강박 이유와 과정 수긍 여부			
화학 강박 여부 및 약품							
격리·강박 장소							
격리·강박 도구							
격리·강박 시작 시간							
격리·강박 주체(결정, 실행 등)							
격리·강박 중 관찰 주기						분 마다	
격리·강박 식사·식수 공급							
격리·강박 용변 방법							
격리·강박 지속 시간							
기타							

case 3							
환자 성별		환자나이		진단명		격리·강박 경험	
격리·강박 이유							
격리·강박 이유와 과정 설명 여부				격리·강박 이유와 과정 수긍 여부			
화학 강박 여부 및 약품							
격리·강박 장소							
격리·강박 도구							
격리·강박 시작 시간							
격리·강박 주체(결정, 실행 등)							
격리·강박 중 관찰 주기							분 마다
격리·강박 식사·식수 공급							
격리·강박 용변 방법							
격리·강박 지속 시간							
기타							

case 4							
환자 성별		환자나이		진단명		격리·강박 경험	
격리·강박 이유							
격리·강박 이유와 과정 설명 여부				격리·강박 이유와 과정 수긍 여부			
화학 강박 여부 및 약품							
격리·강박 장소							
격리·강박 도구							
격리·강박 시작 시간							
격리·강박 주체(결정, 실행 등)							
격리·강박 중 관찰 주기							분 마다
격리·강박 식사·식수 공급							
격리·강박 용변 방법							
격리·강박 지속 시간							
기타							

case 5							
환자 성별		환자나이		진단명		격리·강박 경험	
격리·강박 이유							
격리·강박 이유와 과정 설명 여부				격리·강박 이유와 과정 수긍 여부			
화학 강박 여부 및 약품							
격리·강박 장소							
격리·강박 도구							
격리·강박 시작 시간							
격리·강박 주체(결정, 실행 등)							
격리·강박 중 관찰 주기							분 마다
격리·강박 식사·식수 공급							
격리·강박 용변 방법							
격리·강박 지속 시간							
기타							

case 6							
환자 성별		환자나이		진단명		격리·강박 경험	
격리·강박 이유							
격리·강박 이유와 과정 설명 여부				격리·강박 이유와 과정 수긍 여부			
화학 강박 여부 및 약품							
격리·강박 장소							
격리·강박 도구							
격리·강박 시작 시간							
격리·강박 주체(결정, 실행 등)							
격리·강박 중 관찰 주기							분 마다
격리·강박 식사·식수 공급							
격리·강박 용변 방법							
격리·강박 지속 시간							
기타							

case 7							
환자 성별		환자나이		진단명		격리·강박 경험	
격리·강박 이유							
격리·강박 이유와 과정 설명 여부				격리·강박 이유와 과정 수긍 여부			
화학 강박 여부 및 약품							
격리·강박 장소							
격리·강박 도구							
격리·강박 시작 시간							
격리·강박 주체(결정, 실행 등)							
격리·강박 중 관찰 주기							분 마다
격리·강박 식사·식수 공급							
격리·강박 용변 방법							
격리·강박 지속 시간							
기타							

case 8							
환자 성별		환자나이		진단명		격리·강박 경험	
격리·강박 이유							
격리·강박 이유와 과정 설명 여부				격리·강박 이유와 과정 수긍 여부			
화학 강박 여부 및 약품							
격리·강박 장소							
격리·강박 도구							
격리·강박 시작 시간							
격리·강박 주체(결정, 실행 등)							
격리·강박 중 관찰 주기							분 마다
격리·강박 식사·식수 공급							
격리·강박 용변 방법							
격리·강박 지속 시간							
기타							

case 9							
환자 성별		환자나이		진단명		격리·강박 경험	
격리·강박 이유							
격리·강박 이유와 과정 설명 여부				격리·강박 이유와 과정 수긍 여부			
화학 강박 여부 및 약품							
격리·강박 장소							
격리·강박 도구							
격리·강박 시작 시간							
격리·강박 주체(결정, 실행 등)							
격리·강박 중 관찰 주기							분 마다
격리·강박 식사·식수 공급							
격리·강박 용변 방법							
격리·강박 지속 시간							
기타							

case 10							
환자 성별		환자나이		진단명		격리·강박 경험	
격리·강박 이유							
격리·강박 이유와 과정 설명 여부				격리·강박 이유와 과정 수긍 여부			
화학 강박 여부 및 약품							
격리·강박 장소							
격리·강박 도구							
격리·강박 시작 시간							
격리·강박 주체(결정, 실행 등)							
격리·강박 중 관찰 주기							분 마다
격리·강박 식사·식수 공급							
격리·강박 용변 방법							
격리·강박 지속 시간							
기타							

28. 미비사항 등

<부록 2> 설문지. 입원환자용

◇ 설문 일시 : 2015. . .

정신병원 격리·강박 실태조사 (환자용)

안녕하십니까?

사단법인 인권의학연구소는 정신장애인들의 인권보호와 복지증진을 위해 국가인권위원회의 후원으로 <정신병원 격리·강박 실태조사>를 하고 있습니다.

이 설문조사는 정신병원 내에서 발생하는 격리·강박과 관련한 시설, 제도, 절차, 관행 등 실태를 조사, 분석하여 개선점을 도출하고, 정신정애인들과 의료인들의 인권을 보호하기 위한 정책대안을 마련하기 위해 진행됩니다.

설문조사에 참여하는 분들의 개인 신상정보는 일절 타인에게 공개되지 않으며 응답하신 내용은 통계적 목적으로만 활용되며 철저히 비밀이 보장됩니다.

다소 번거로우시더라도 모든 항목에 빠짐없이 응답해 주시면 고맙겠습니다. 본 조사와 관련하여 문의하실 사항이 있으시면 아래 연락처로 연락바랍니다. 감사합니다.

※ 문의처 : 임채도 사무국장 ☎ 02-711-7588, 팩스 02-711-7589

사단법인 인권의학연구소 · 김근태기념치유센터 / 후원 국가인권위원회
서울시 성북구 길음로9길 46 성가소비녀회 내 성재덕관 1층 http://www.imhr.or.kr

정신장애인 격리란?
입원 환자치료의 일환으로 환자가 응급상황(자,타해 또는 심한 손상을 초래할 수 있는 상황)으로 진행되는 것을 방지하기 위한 치료 또는 임상적인 상태의 조절을 위해 제한된 공간에서 일정 시간 동안 행동을 제한하는 것.

정신장애인 강박이란?
환자의 신체운동을 제한하는 행위로서 손목이나 발목을 강박대(끈 또는 가죽)로 고정시키거나, 벨트를 사용하거나, 보호복을 착용시키거나, 의자에 고정시키는 방법 등을 사용하는 것. - 보건복지부,「격리·강박 지침」중에서

■ 1. 귀하의 인적 사항에 대한 질문입니다.

1-1. 현재 나이 _____세 (_____년생)

1-2. 성별 ① 남성 ② 여성 ③ 기타 ( )

1-3. 현재 거주 지역 (※ 입원 환자는 입원 전에 거주한 지역)

① 서울·경기도 ② 충청도 ③ 강원도 ④ 경상도 ⑤ 전라도

⑥ 제주도 ⑦ 기타 (_____)

1-4. 현재 학력

① 초졸 이하 ② 중졸 이하 ③ 고졸 이하 ④ 대졸 이하 ⑤ 대학원 이상

1-5. 현재 의료보장 형태는 무엇입니까?

① 개인보험 ② 직장보험 ③ 지역보험 ④ 의료보호대상 ⑤ 없음

1-6. 현재 혼인 관계

① 결혼(사실혼 포함) ② 재혼 ③ 별거·이혼 ④ 사별 ⑤ 결혼 안함

■ 2. 귀하의 정신병원 입원 관련 경험에 관한 질문입니다.

2-1. 현재 또는 최근에 입원한 정신과 병원은 어디였습니까?

① 국립 정신병원 ② 공립 정신병원 ③ 사립 정신병원 (300병상이상)

④ 사립 정신병원(300병상 미만)⑤ 종합(대학)병원 ⑥ 기타 ( )

2-2. 현재 병원에 입원할 때 본인도 동의하였습니까?

① 예 ② 아니오

2-3. (비자의 입원이라면) 병원에 입원하면서 누구의 동의를 받았습니까?

① 부모 ② 형제 자매 ③ 배우자 ④ 자녀 ⑤ 기타 ( )

⑥ 동의를 받은 적 없다 ⑦ 잘 모르겠다

2-4. 현재 진단된 병명은 무엇입니까? (_____, _____)

2-5. 현재 병원에 입원한 기간은 얼마입니까? (년 개월)

2-6. 현재 병원에 입원할 때 병원직원이나 의료인으로부터 환자의 권리(진료받을 권리, 알 권리, 비밀보호, 피해구제 등)를 포함하여 병원생활에 관한 충분한 정보와 교육을 받았습니까?

① 예 ② 아니오

2-7. 처음 정신과 진단을 받은 때는 언제였습니까? (년 월)

2-8. 처음 진단된 병명은 무엇입니까?(_____)

■ 3. 다음은 병원 입원 이후 겪으신 격리·강박 경험에 관한 질문입니다.

3-1. 정신 병원 입원 중 격리나 강박을 경험한 적이 있었습니까? ※ 없었다는 0회.

(격리 _____ 회) , (강박 _____ 회)

3-2. 최근 격리나 강박을 당한 것은 언제였습니까? (_____ 개월 전)

3-3. 최근 격리나 강박을 당했을 때 이유는 무엇이었습니까?

① 자해 행동

② 다른 사람에게 폭력적인 행동

③ 기물 파손

④ 병동 규칙 위반 -음주, 절도, 도박, 흡연, 금지 물품 소지, 병원 탈출 시도 등

⑤ 기타 ( )

⑥ 이유를 모르겠다

3-4. 격리·강박이 본래의 목적보다 과도하고 빈번하게 시행되고 있다고 생각하십니까?

① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 전혀 그렇지 않다 ⑤ 잘 모르겠다

3-5. 격리 또는 강박을 당하기 전과 후, 환자 본인이나 보호자, 가족들에게 주치의나 당직 의사가 그 이유를 설명하였습니까?

① 매번 설명했다 ② 설명하지 않은 적이 가끔 있다 ③ 설명하지 않은 적이 자주 있다

④ 설명한 적 없다 ⑤ 잘 모르겠다

3-6. 지금까지 격리나 강박을 당한 장소는 어디였습니까? 해당하는 사항 모두 골라 주십시오.

① 보호실 (안정실 등)　② 환자 입원실　③ 병원 응급실

④ 면회실　⑤ 기타 (　　)

3-7. 가장 최근 격리·강박을 당했을 때는 어떤 시간대였습니까?

① 오전 6시~12시 경　② 오후 1시~5시 경　③ 저녁 6시~9시 경　④ 밤 10시~새벽 5시 경

3-8. 지금까지 격리를 당한 경험 중 최장 시간과 최소 시간을 적어 주십시오.

최장 격리 시간 : (　　시간) / 최소 격리 시간 : (　　시간)

3-9. 지금까지 강박을 당한 경험 중 최장 시간과 최소 시간을 적어 주십시오.

최장 강박 시간 : (　　시간) / 최소 강박 시간 : (　　시간)

3-10. 가장 최근 격리·강박을 당했을 때에 누가 격리·강박을 하였습니까? 해당하는 사항 모두 골라 주십시오.

① 의사　② 간호사　③ 병원 직원 (보호사 등)　④ 동료 환자

⑤ 기타 (　　)

3-11. 격리·강박을 시행하면서 다른 환자들이 시행을 도우거나 간섭하는 경우를 목격하거나 알고 있습니까?

① 있다　② 없다

3-12. 가장 최근 격리·강박을 당했을 때에 몇 명이 격리·강박을 하였습니까?

(　　명)

3-13. 격리나 강박을 당한 후 의사가 최초 본인을 관찰한 것은 언제였습니까?

(　　시간 후)

3-14. 격리나 강박 중 의사와의 면담을 요구하였으나 거절당한 경험이 있었습니까?

① 거의 매번 있었다 ② 자주 있었다 ③ 드물게 있었다 ④ 거의 없었다

3-15. 격리나 강박 중 신체적 부상을 입은 적이 있었습니까?

① 있었다 (부상 부위 :) ② 없었다

3-16. 귀 병원에서 강박 시행 시 어떤 도구를 사용합니까? (복수 응답)

① 천 ② 가죽 ③ 끈 ④ 기타( )

3-17. 격리·강박 시행 과정에서 환자에 대한 모니터링(1시간마다 vital sign 체크, 2시간마다 팔다리 움직여주고 수시로 상태관찰, 화장실 사용과 음료수 제공 등)**이 잘 시행되고 있다고 생각합니까?**

① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 전혀 그렇지 않다 ⑤ 잘 모르겠다

3-18. 현재 귀 병원의 격리실(보호실)의 안전과 청결상태는 만족스럽습니까?

① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 전혀 그렇지 않다 ⑤ 잘 모르겠다

3-19. 현재 귀 병원의 격리실(보호실)은 간호사실에서 수시로 격리된 환자를 관찰할 수 있는 창이 있습니까?

① 있다 ② 없다 ③ 없지만 CCTV 로 대체하고 있다 ④ 기타 ( )

3-20. 현재 귀 병원의 격리실(보호실)은 격리실 환자들이 독립적으로 사용할 수 있는 화장실과 세면대가 있습니까?

① 있다 ② 없다

3-21. 보호실 격리·강박 중 환자의 안전과 인권을 위해 보호실 시설 상 보완되어야할 점이 무엇이라고 생각합니까?

( )

3-22. 보건복지부의 정신장애 환자에 대한 <격리 및 강박 지침>에 대해 알고 있습니까?

① 예 ② 아니오

3-23. 현 보건복지부 <격리 및 강박 지침> 의 아래 내용 중 해당 사항에 기표해 주십시오.

	지침 내용	그렇다	아니다
1	주치의 또는 당직의사의 지시에 따라 시행한다		
2	격리 또는 강박 시행전과 시행 후에 그 이유를 환자 또는 보호자나 그 가족에게 설명한다.		
3	환자는 타인에게 인격이 보호되는 장소로써 외부 창을 통해 관찰이 가능한 조용하고 안전한 환경에서 실시한다.		
4	치료진이나 병동편의 및 처벌을 목적으로 격리나 강박을 시행하지 않는다. (PRN 포함)		
5	치료자가 단독으로 격리나 강박을 시행하지 않으며, 안전을 위해 적절한 수의 치료진 2-3명이 있다		
6	격리 또는 강박후 간호사는 자주 환자의 상태를 확인하며, 간호일지에 강박 또는 격리를 시행한 이유, 당시의 환자상태, 방법(보호복, 억제대 2Point, 4Point, 보호조끼)에 대해 자세히 기록한다. 환자상태에 이상이 있을 시 즉시 주치의 또는 당직의에 보고한다		
7	강박조치한 환자에게는 1시간마다 Vital sign(호흡, 혈압, 맥박 등)을 점검하고, 최소 2시간마다 팔다리를 움직여 준다		
8	수시로 혈액순환, 심한 발한(땀흘림)을 확인하여 자세변동을 시행하며, 대·소변을 보게 하고, 적절하게 음료수를 공급한다		
9	환자상태가 안정되어 위험성이 없어졌다고 판단되면, 간호사는 즉시 주치의(또는 당직의사)에게 보고하고 그 지시에 따라 강박 또는 격리를 해제하고 신체의 불편유무를 확인한다.		
10	양 팔목과 발목에 강박대를 착용시킬 때는 혈액이 원활하게 순환될 수 있도록 손가락 하나정도의 공간을 확보하며, 가슴벨트는 등뒤에서부터 양 겨드랑이 사이로 빼서 고정시키고 불편하지 않는가 확인하고 관찰한다.		

3-24. 정신장애 환자 격리·강박에 관한 보건복지부 <격리 및 강박 지침>이 환자 권리 보호에 충분한 내용을 담고 있다고 생각하십니까?

① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 않다 ⑤ 잘 모르겠다

3-25. 현 <격리 및 강박 지침> 중 보완되어야 할 점이나, 오남용을 막기 위해 개선되어야 할 점은 어떤 것이 있을까요?

( )

3-26. 위 지침이 지켜지지 않거나 부당한 격리·강박이 일어나는 원인은 무엇이라고 생각하십니까? 가장 큰 원인이라고 생각되는 것을 순서대로 3가지 선택해 적어 주십시오.

(첫번째 , 두번째 , 세번째)

① 병원 의료인, 직원들이 부족해서 ② 의료인, 직원들이 편하려고 자의적으로 시행해서

③ 환자의 잘못을 처벌하는 목적으로 시행하기 때문에 ④ 정신장애인에 대한 차별 의식

⑤ 의료인들의 인식과 관심 부족 ⑥ 병원 측의 인식과 관심 부족

⑦ 법적 제도적 보호/처벌 규정이 미비해서 ⑧ 행정당국의 감시 감독 소홀

⑨ 기타 ( )

3-27. 지금까지 본인이 직접 경험한 격리·강박 과정에서 부당한 인권침해는 어떤 것이 있었습니까? 해당하는 사항을 모두 골라 주십시오.

(, , , , ,)

① 보호자, 환자에게 설명 없는 격리·강박 시행 ② 격리·강박과정에서 과도한 신체적 폭력

③ 격리·강박 중 부당한 음식 제공 거부 ④ 격리·강박 중 환자 존엄성 침해(기저귀 착용 등)

⑤ 욕설, 심리적인 인격 훼손 ⑥ 성희롱, 성폭력

⑦ 기타 ( )

3-28. 지금까지 격리나 강박을 당한 경험 중 본인이 생각하기에 매우 부당하다고 판단되는 사례가 있었다면 구체적으로 적어 주십시오. 혹시 적기 어려운 상황이라면 현장 조사원에게 말씀해 주십시오.

(언제) (어디서)

(누가) (어떻게)

(왜)

3-29. 정신장애인들의 인권보호를 위해 꼭 필요한 것을 3가지 골라주십시오.

(첫 번째 , 두 번째 , 세 번째)

① 정신장애인에 대한 차별(배제) 의식 등 사회적 인식 개선

② 정신장애 환자와 가족에 대한 국가 지원 강화

③ 법적 제도적 보호 규정, 지침 강화 ④ 보건행정 당국의 관리 철저

⑤ 적정한 의료인력의 확보 ⑥ 의료인들의 적극적인 자세와 노력

⑦ 기타 ( )

■ 4. 이상 질문내용 외 환자의 격리·강박 과정에서 인권 보호를 위해 꼭 필요한 사항이나 국가인권위원회에 건의할 사항에 대해 자유롭게 의견을 써 주십시오.

VOICEYE
voiceye.com

<오랜 시간 수고하셨습니다. 답변에 감사드립니다>

추가 상담이나 의견이 계시는 분은
인권의학연구소 (02-711-7588)로 연락주시거나
조사원에게 말씀해 주시면 성심껏 함께 하겠습니다.

사단법인 인권의학연구소 · 김근태기념치유센터

서울시 성북구 길음로9길 46 성가소비녀회 내 성재덕관 1층 http://www.imhr.or.kr
담당: 임채도(인권의학연구소 사무국장) imhrc@naver.com

<부록 3> 설문지. 의료인 직원용

◇ 설문 일시 : 2015. . .

		–			

정신병원 격리·강박 실태조사 (직원용)

안녕하십니까?

사단법인 인권의학연구소는 정신장애인들의 인권보호와 복지증진을 위해 국가인권위원회의 후원으로 <정신병원 격리·강박 실태조사>를 하고 있습니다.

이 설문조사는 정신병원 내에서 발생하는 격리·강박과 관련한 시설, 제도, 절차, 관행 등 실태를 조사, 분석하여 개선점을 도출하고, 정신정애인들과 의료인들의 인권을 보호하기 위한 정책대안을 마련하기 위해 진행됩니다.

설문조사에 참여하는 분들의 개인 신상정보는 일절 타인에게 공개되지 않으며 응답하신 내용은 통계적 목적으로만 활용되며 철저히 비밀이 보장됩니다.

다소 번거로우시더라도 모든 항목에 빠짐없이 응답해 주시면 고맙겠습니다. 본 조사와 관련하여 문의하실 사항이 있으시면 아래 연락처로 연락바랍니다. 감사합니다.

※ 문의처 : 임채도 사무국장 ☎ 02-711-7588, 팩스 02-711-7589

사단법인 인권의학연구소 · 김근태기념치유센터 / 후원 국가인권위원회

서울시 성북구 길음로9길 46 성가소비녀회 내 성재덕관 1층 http://www.imhr.or.kr

■ 1. 귀하의 인적 사항 및 기본 사항에 대한 물음입니다.

1-1. 현재 나이 _____세 (_____년생)

1-2. 성별 ① 남성 ② 여성 ③ 기타 ( )

1-3. 현재 소속 의료 기관

① 국립 정신병원 ② 공립 정신병원 ③ 사립 정신병원 (300병상이상)

④ 사립 정신병원 (300병상 미만) ⑤ 종합(대학)병원 ⑥ 기타 ( )

1-4. 현재 병원에 근무하는 직종

① 정신과 전문의 ② 정신과 전공의 ③ 간호사

④ 간호조무사 ⑤ 보호사 ⑥ 기타 ( )

1-5. 현재 근무하는 병원의 정신과 병상 수 (폐쇄 / 개방)

1-6. 위 직종에 근무한 경력 기간 (년)

1-7. 정신과 진료과정에서 환자 격리 및 강박을 지시 또는 시행한 경험이 있었습니까?

① 있었다 ② 없었다

1-8. 현재 재직 중인 병원 내 자체 <격리 및 강박 시행 규정>이 있습니까?

① 있다 ② 없다

1-9. 보건복지부의 <격리 및 강박 지침>에 대해 알고 있습니까?

① 예 ② 아니오

■ 2. 환자 격리·강박에 관한 질문입니다.

2-1. 실제 격리·강박이 발생하는 가장 큰 이유는 무엇이라고 생각하십니까? (한 가지만)

① 자해 행동 ② 다른 사람에게 폭력적인 행동 ③ 기물 파손

④ 병동 규칙 위반 - 음주, 절도, 도박, 흡연, 금지 물품 소지, 병원 탈출 시도 등

⑤ 기타 ( )

2-2. 격리·강박이 본래의 목적보다 과도하고 빈번하게 시행되고 있다고 생각하십니까?

① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 전혀 그렇지 않다 ⑤ 잘 모르겠다

2-3. 격리·강박을 결정 또는 시행할 때 어떤 점을 가장 크게 고려하십니까?

① 자,타해 위험의 방지 및 차단 ② 치료 프로그램이나 병실환경의 훼손 방지 및 차단

③ 환자의 기본권 보호 ④ 다른 환자들의 보호와 질서 유지

⑤ 격리 및 강박 지침의 준수 ⑥ 기타 ( )

2-4. 격리·강박을 결정 또는 시행할 때 과실, 혹은 법적 책임에 대해 부담을 느낍니까?

① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 전혀 그렇지 않다 ⑤ 잘 모르겠다

2-5. 격리·강박을 결정, 지시 또는 시행할 때 의료인이나 직원으로서 어떤 어려움이 있습니까?

( )

2-6. 격리·강박 수행 시, 환자 본인이나 보호자에 대한 설명 절차가 잘 지켜지고 있다고 생각하십니까?

① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 않다 ⑤ 잘 모르겠다

2-7. 현 <격리 및 강박 지침>에 의하면, 적절한 수(2~3명)의 치료진이 격리·강박을 시행하여야 합니다. 격리·강박을 시행할 때 적정한 치료진의 수는 몇 명이라고 생각하십니까?

(_____명)

2-8. 가장 최근 격리·강박을 시행했을 때에 몇 명이 격리·강박을 시행하였습니까?

(_____명)

2-9. 현재 귀하께서 소속된 병원에서는 누가 격리·강박을 직접 시행하고 있습니까?
(복수응답)

① 정신과 의사 ② 간호사 ③ 보호사 ④ 잘 모르겠다 ⑤ 기타 ( )

2-10. 환자 격리나 강박이 자주 발생하는 시간대는 언제입니까?

① 오전 6시~12시 경 ② 오후 1시~5시 경 ③ 저녁 6시~9시 경 ④ 밤 10시~새벽 5시 경

2-11. 격리·강박을 시행하면서 다른 환자들이 시행을 도우거나 간섭하는 경우를 목격하거나 알고 있습니까?

① 있다 ② 없다

2-12. 환자 격리·강박 시 주치의나 당직 의사의 입회 의무 규정이 필요하다고 생각하십니까?

① 필요하다 ② 필요없다

2-13. 귀 병원에서 격리·강박 전 화학적 강박을 시행하십니까?

① 거의 사용한다 ② 가끔 사용한다 ③ 사용하지 않는다 ④ 잘 모르겠다

2-14. 화학적 강박을 위해 어떤 주사약제를 사용하십니까?

( )

2-15. 귀 병원에서 강박 시행 시 어떤 도구를 사용합니까? (복수응답)

① 천 ② 가죽 ③ 끈 ④ 기타( )

2-16. 격리·강박 시행 과정에서 환자에 대한 모니터링(1시간마다 vital sign 체크, 2시간마다 팔다리 움직여주고 수시로 상태관찰, 화장실 사용과 음료수 제공 등)이 잘 시행되고 있다고 생각합니까?

① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 전혀 그렇지 않다 ⑤ 잘 모르겠다

2-17. 귀하께서 지시하거나, 목격한 격리 가운데 최장 시간을 적어 주십시오.

(시간)

2-18. 귀하께서 지시하거나, 목격한 강박 가운데 최장 시간을 적어 주십시오.

(시간)

2-19. 현재 귀 병원의 격리실(보호실)의 안전과 청결상태는 만족스럽습니까?

① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 전혀 그렇지 않다 ⑤ 잘 모르겠다

2-20. 현재 귀 병원의 격리실(보호실)은 간호사실에서 수시로 격리된 환자를 관찰할 수 있는 창이 있습니까?

① 있다 ② 없다 ③ 없지만 CCTV 로 대체하고 있다 ④ 기타 ( )

2-21. 현재 귀 병원의 격리실(보호실)은 격리실 환자들이 독립적으로 사용할 수 있는 화장실과 세면대가 있습니까?

① 있다 ② 없다

2-22. 보호실 격리·강박 중 환자의 안전과 인권을 위해 보호실 시설 상 보완되어야할 점이 무엇이라고 생각합니까?

( )

2-23. 격리·강박 과정에서 발생하는 환자에 대한 인권침해는 어떤 것이 있다고 생각합니까? 해당하는 사항을 모두 골라 주십시오.

(, , ,)

① 격리·강박 환자에 대한 과도한 신체적 압박 ② 불필요한 화학적 강박 (PRN 등)

③ 환자, 보호자의 알권리 침해(설명 없는 격리·강박) ④ 편의나 처벌 목적의 격리·강박

⑤ 격리·강박 중 환자의 존엄성 침해 (기저귀 착용 등) ⑥ 성희롱, 성폭력

⑦ 욕설, 심리적인 인격 훼손 ⑧ 기타 ( )

2-24. 귀하가 속한 병원이 아닌 타 병원에서 발생했던 사례 중 귀하가 알고 있는 격리·강박 과정에서 발생하는 인권침해 사례를 소개해 주십시오.

2-25. 현 보건복지부 <격리 및 강박 지침> 의 아래 내용 중 해당 사항에 기표해 주십시오.

	지침 내용	그렇다	아니다
1	주치의 또는 당직의사의 지시에 따라 시행한다		
2	격리 또는 강박 시행전과 시행 후에 그 이유를 환자 또는 보호자나 그 가족에게 설명한다.		
3	환자는 타인에게 인격이 보호되는 장소로써 외부 창을 통해 관찰이 가능한 조용하고 안전한 환경에서 실시한다.		
4	치료진이나 병동편의 및 처벌을 목적으로 격리나 강박을 시행하지 않는다. (PRN 포함)		
5	치료자가 단독으로 격리나 강박을 시행하지 않으며, 안전을 위해 적절한 수의 치료진 2-3명이 있다		
6	격리 또는 강박후 간호사는 자주 환자의 상태를 확인하며, 간호일지에 강박 또는 격리를 시행한 이유, 당시의 환자상태, 방법(보호복, 억제대 2Point, 4Point, 보호조끼)에 대해 자세히 기록한다. 환자상태에 이상이 있을 시 즉시 주치의 또는 당직의에 보고한다		
7	강박조치한 환자에게는 1시간마다 Vital sign(호흡, 혈압, 맥박 등)을 점검하고, 최소 2시간마다 팔다리를 움직여 준다		
8	수시로 혈액순환, 심한 발한(땀흘림)을 확인하여 자세변동을 시행하며, 대·소변을 보게 하고, 적절하게 음료수를 공급한다		
9	환자상태가 안정되어 위험성이 없어졌다고 판단되면, 간호사는 즉시 주치의(또는 당직의사)에게 보고하고 그 지시에 따라 강박 또는 격리를 해제하고 신체의 불편유무를 확인한다.		
10	양 팔목과 발목에 강박대를 착용시킬 때는 혈액이 원활하게 순환될 수 있도록 손가락 하나정도의 공간을 확보하며, 가슴벨트는 등뒤에서부터 양 겨드랑이 사이로 빼서 고정시키고 불편하지 않는가 확인하고 관찰한다.		

2-26. 정신장애 환자 격리·강박에 관한 보건복지부 <격리 및 강박 지침>이 환자 권리 보호에 충분한 내용을 담고 있다고 생각하십니까?

① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 그렇지 않다 ④ 매우 그렇지 않다 ⑤ 잘 모르겠다

2-27. 현 <격리 및 강박 지침> 중 보완되어야 할 점이나, 오남용을 막기 위해 개선되어야 할 점은 어떤 것이 있을까요?

( )

2-28. 위 지침이 지켜지지 않거나 부당한 격리·강박이 일어나는 원인은 무엇이라고 생각하십니까?

( )

2-29. 정신장애인들의 인권보호를 위해 꼭 필요한 것을 3가지 골라주십시오.

(첫 번째 , 두 번째 , 세 번째)

① 정신장애인에 대한 차별(배제) 의식 등 사회적 인식 개선

② 정신장애 환자와 가족에 대한 국가 지원 강화

③ 법적 제도적 보호 규정, 지침 강화 ④ 보건행정 당국의 관리 철저

⑤ 적정한 의료인력의 확보 ⑥ 재정, 예산 투자

⑦ 의료인들의 적극적인 자세와 노력 ⑧ 기타 ( )

■ 3. 이상 질문내용 외 환자의 격리·강박과정에서 인권 보호를 위해 꼭 필요한 사항이나 국가인권위원회에 건의할 사항에 대해 자유롭게 의견을 써 주십시오.

VOICEYE
voiceye.com

<오랜 시간 수고하셨습니다. 답변에 감사드립니다>

추가 상담이나 의견이 계시는 분은
인권의학연구소 (02-711-7588)로 연락주시거나
조사원에게 말씀해 주시면 성심껏 함께 하겠습니다.

사단법인 인권의학연구소 · 김근태기념치유센터

서울시 성북구 길음로9길 46 성가소비녀회 내 성재덕관 1층 http://www.imhr.or.kr
담당: 임채도(인권의학연구소 사무국장) imhrc@naver.com

VOICEYE
voiceye.com

<부록 4> 정신병원 인증기준집(보건복지부, 의료기관평가인증원)

정신병원 인증조사 기준

I. 기본가치체계				
1장. 안전보장활동				
[환자안전]	1.1.1	처방과 관련된 안전사고를 예방하기 위하여 의료진간 정확하게 의사소통을 한다.		
	1	안전한 처방에 대한 규정이 있다(S)	공통	정규-필수
	2	구두처방을 수행한다(P)	공통	정규-필수
	3	필요시 처방(p.r.n)의 의미를 관련 직원이 동일하게 이해한다(P)	공통	정규-필수
	4	혼동하기 쉽거나, 부정확한 처방을 관리하기 위한 절차를 관련 직원이 이해한다(P)	일반	정규-필수
	1.1.2	환자안전을 위한 예방활동을 수행한다.		
	1	환자안전을 위한 규정이 있다(S)	공통	정규-필수
	2	낙상 고위험환자에 대한 낙상예방활동을 수행한다(P)	일반	정규-필수
	3	병동 내 안전사고 발생 시 직원이 대처방안을 알고 있다(P)	공통	정규-필수
	4	병동 내 안전사고 시 보고절차에 따라 보고한다(P)	공통	정규-필수
	1.1.3	병동 내 위생관리 및 감염예방 활동을 수행한다.		
	1	병동 내 위생에 대한 규정이 있다(S)	공통	정규-필수
	2	환경위생 관리를 한다(P)	공통	정규-필수
	3	직원은 손 위생을 수행한다(P)	공통	정규-필수
	1.1.4	환자의 안전사고를 예방하기 위해서 환자의 외출 및 외박을 관리한다.		
	1	환자의 외출 및 외박에 대한 규정이 있다(S)	공통	정규-필수
	2	직원은 외출 및 외박에 대한 규정을 알고 있다(P)	공통	정규-필수
	3	외출 및 외박을 관리한다(P)	공통	정규-필수
[직원안전]	1.2	직원건강과 직원 안전 사고예방을 위한 직원안전 관리 활동을 설계하고 수행한다.		
	1	직원건강과 직원안전 관리에 대한 규정이 있다(S)	공통	정규-필수
	2	직원건강과 직원안전 관리활동을 계획한다(P)	공통	정규-필수
	3	계획에 따라 직원의 건강과 직원안전 관리활동을 수행한다(P)	공통	정규-필수
	4	직원의 업무 중 안전사고 노출시 대처방안을 직원이 알고 있다(P)	공통	정규-필수
	5	직원의 안전사고 발생 및 처리결과를 경영진에게 보고한다(P)	공통	정규-필수
[환경안전]	1.3.1	화재의 위험으로부터 환자, 직원 및 방문객을 보호할 수 있도록 화재안전 관리활동을 수행한다.		
	1	화재 안전관리 활동계획이 있다(S)	공통	정규
	2	활동계획에 의해 화재 예방점검을 수행한다(P)	공통	정규
	3	직원은 소방안전에 대해 교육을 받고, 그 내용을 이해한다(P)	공통	정규
	4	금연에 대한 규정이 있다(S)	공통	시범
	5	금연규정을 준수한다(P)	공통	시범
	1.3.2	의료기기의 안전점검과 유지관리 활동을 수행한다.		
	1	의료기기의 안전관리 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	의료기기의 안전점검을 수행하고 관리한다(P)	공통	정규
2장. 지속적인 질 향상				
[질 향상 운영체계]	2.1	의료기관 차원의 질 향상과 환자안전 운영체계가 있다.		
	1	의료기관 차원의 질 향상과 환자안전 활동을 위한 회의체가 있다(S)	공통	정규
	2	질 향상과 환자안전 활동을 계획하고 수행한다(P)	공통	정규
	3	경영진은 의료기관 차원의 질 향상과 환자안전 활동계획 수립에 참	공통	정규

		여한다(P)		
	4	질 향상과 환자안전 활동을 위해 필요한 자원을 지원한다(P)	공통	시범
	5	경영진에게 질 향상과 환자안전 활동결과를 보고한다(P)	공통	시범
II. 환자진료체계				
3장. 진료전달체계와 평가				
[진료전달체계]	3.1.1	입원 수속에 대한 절차를 갖추고 있다.		
	1	입원 유형별 수속에 대한 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	입원 수속 담당직원은 규정을 준수한다(P)	공통	정규
	3	입원시 환자 또는 보호자에게 입원생활 안내와 진료비용에 대한 내용을 설명한다(P)	일반	정규
	3.1.2	외래 수속에 대한 절차를 갖추고 있다.		
	1	외래 수속에 대한 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	외래 수속 담당직원은 규정을 준수한다(P)	공통	정규
	3.1.3	응급환자에 대한 등록 절차를 갖추고 있다.		
	1	응급환자 등록절차가 있다(S)	일반	정규
	2	응급환자 등록절차를 준수한다(P)	일반	정규
	3.1.4	환자의 전동・전과 및 근무교대 시 진료의 연속성을 확보한다.		
	1	전동을 위한 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	전동 시 환자상태에 대한 정보를 공유한다(P)	공통	정규
	3	전과를 위한 규정이 있다(S)	일반	정규
	4	전과 시 규정에 따라 의료진 간 필요한 정보를 공유하기 위해 의무기록을 작성한다(P)	일반	정규
	5	근무교대 시 환자상태에 대한 정보를 공유한다(P)	공통	정규
	3.1.5	환자의 퇴원 또는 계속 입원치료에 대한 절차를 갖추고 있다.		
	1	퇴원 및 계속입원에 대한 규정이 있다 (S)	공통	정규
	2	퇴원절차를 준수한다 (P)	공통	정규
	3	계속입원 절차를 준수한다 (P)	공통	정규
	3.1.6	진료의 연속성을 유지하기 위해 환자의 전원과정을 관리한다.		
	1	전원에 대한 규정이 있다(S)	일반	정규
	2	전원시 필요한 진료정보를 제공한다 (P)	일반	정규
[환자평가]	3.2.1	적절한 진료서비스를 제공하기 위해 입원환자의 상태를 확인하고, 초기평가를 수행한다.		
	1	입원환자 초기평가 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	의학적 초기평가를 수행하고 기록한다(P)	공통	정규
	3	간호 초기평가를 24시간 이내 수행하고 기록한다(P)	공통	정규
	4	환자의 진료를 담당하는 직원들과 초기평가 기록을 공유한다(P)	공통	정규
	3.2.2	적절한 진료서비스를 제공하기 위해 응급환자의 요구를 확인하고, 초기평가를 수행한다.		
	1	응급환자 초기평가 규정이 있다(S)	일반	정규
	2	응급환자 분류체계를 수행한다(P)	일반	시범
	3	응급환자 초기평가를 수행한다(P)	일반	정규
	4	환자의 초기평가 기록을 환자진료를 담당하는 직원들과 공유한다(P)	일반	정규
[검사체계]	3.3.1	정확한 검체검사 및 영상검사를 적시에 제공하기 위해 검사과정을 관리한다.		
	1	검체검사에 대한 자체시행 또는 외부의뢰 규정이 있다(S)	공통	정규

	2	검체검사 절차를 준수한다(P)	공통	정규
	3	영상검사에 대한 자체 시행 또는 외부의뢰 규정이 있다(S)	공통	정규
	4	영상검사 절차를 준수한다(P)	공통	정규
	3.3.2	검사실 안전관리 절차를 확립하고, 이를 준수한다.		
	1	검체검사 안전관리 절차가 있다(S)	일반	정규
	2	검체검사실 직원은 보호구 착용 등 안전관리 절차를 준수한다(P)	일반	정규
	3	방사선 안전관리 절차가 있다(S)	일반	정규
	4	영상검사실 직원은 방사선 안전관리 절차를 준수한다(P)	일반	정규
4장. 환자 진료				
[환자 진료체계]	4.1.1	환자진료가 효과적으로 이루어질 수 있도록 적시에 치료계획(care plan)을 수립하고, 이를 수행한다.		
	1	의사는 입원환자의 치료계획을 수립한다(P)	공통	정규
	2	의사는 환자상태에 관한 경과를 기록한다(P)	공통	정규
	3	간호사는 환자의 주요 상태변화에 따라 간호 과정을 기록한다(P)	공통	정규
	4	환자의 진료에 참여하는 관련 직원간 환자 치료계획을 공유한다(P)	공통	정규
	5	환자 또는 보호의무자에게 치료계획에 대한 설명을 제공한다(P)	공통	정규
	4.1.2	통합적인 환자진료를 위해 진료과 간 또는 타 의료기관과 협의진료체계를 갖추고 있다.		
	1	협의진료 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	타과 또는 타 의료기관에 의뢰 한다(P)	공통	정규
	3	협의진료 규정에 따라 회신한다(P)	일반	정규
	4.1.3	영양관리를 통하여 치료효과를 높일 수 있도록 처방내용에 적합한 식사를 제공하고 관리한다.		
	1	영양관리규정이 있다(S)	공통	정규
	2	영양관리 및 제공이 이루어진다(P)	공통	정규
	3	환자의 치료목적에 맞게 식사를 제공한다(P)	일반	시범
	4.1.4	욕창이 발생할 수 있는 환자를 대상으로 욕창예방 및 관리활동을 수행한다.		
	1	욕창예방에 관한 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	욕창 예방활동을 수행한다(P)	공통	정규
	3	욕창이 발생한 환자에게 욕창간호를 수행한다(P)	공통	정규
	4.1.5	사회복귀 훈련 및 재활 치료를 위한 활동을 수행한다.		
	1	치료프로그램에 대한 규정이 있다 (S)	공통	정규
	2	치료프로그램을 수행한다(P)	공통	정규
	4.1.6	치료 목적의 일상생활 활동을 통해 원활한 사회복귀를 지원한다.		
	1	작업치료에 대한 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	작업치료를 수행한다(P)	공통	정규
[중증환자 진료체계]	4.2.1	심폐소생술이 요구되는 환자에게 양질의 의료서비스를 제공한다.		
	1	심폐소생술에 관한 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	심폐소생술이 요구되는 환자에 대한 대처방안을 알고 있다(P)	공통	정규
	3	심폐소생술 체계를 구성한다(P)	일반	정규
	4	심폐소생술을 위한 필요물품 및 약물을 적절히 구비하고 있다(P)	공통	정규
	5	제세동기를 적절히 관리한다(P)	일반	시범
	4.2.2	수혈환자에게 양질의 의료서비스를 제공한다.		

	1	안전한 수혈을 위한 규정이 있다(S)	일반	정규
	2	혈액보관 장비는 규정에 따라 관리한다(P)	일반	정규
	3	수혈 전 검사와 환자 혈액검체 관리는 규정을 준수한다(P)	일반	정규
	4	불출된 혈액을 보관하고, 적절한 시간에 환자에게 수혈한다(P)	일반	정규
	5	수령한 혈액을 정확하게 확인한다(P)	일반	정규
	6	수혈하기 직전에 정확하게 환자를 확인한다(P)	일반	정규
	7	혈액의 반납, 재고관리, 폐기를 수행한다(P)	일반	정규
	4.2.3	정신과적 응급상황이 발생할 경우, 격리 및 강박이 불가피한 경우 적절하고 안전하게 시행한다.		
	1	격리 및 강박에 대한 규정이 있다(S)	공통	정규-필수
	2	정신과적 응급 상황 발생 시 적시에 치료하는 절차가 있다(S)	공통	정규
	3	보호실(격리실)에 입실한다(P)	공통	정규-필수
	4	격리 및 강박 시행 환자를 관찰하고 간호기록을 수행한다 (P)	공통	정규-필수
	5	격리 및 강박 환자에게 부작용 예방 활동을 수행한다(P)	공통	정규
5장. 수술 및 마취 관리				
[수술관리]	5.1.1	환자평가의 결과에 따라 적절한 수술 및 수술 후 진료를 계획하고 시행한다.		
	1	수술 전 진단명 및 치료계획을 기록한다(P)	일반	정규
	2	수술 중 및 수술 후 환자상태 변화를 기록한다(P)	일반	정규
	3	정확한 수술 명, 정확한 환자확인, 정확한 수술부위 확인을 위한 규정이 있다(S)	일반	정규
	4	정확한 수술 명, 환자확인, 수술부위 확인을 수행한다(P)	일반	정규
	5.1.2	수술 중 환자안전을 보장하기 위한 절차를 수행한다.		
	1	수술계수(counts)를 기록한다(P)	일반	정규
	2	수술계수 불일치 시 대처하는 절차가 있다(S)	일반	정규
[마취관리]	5.2.1	마취 전 환자상태를 적절하게 평가하고, 양질의 마취진료를 제공한다.		
	1	마취진료 규정이 있다(S)	일반	정규
	2	마취 전 평가를 수행한다(P)	일반	정규
	3	적격한 자가 마취서비스를 제공한다(P)	일반	정규
	4	수술중 환자의 생리학적 상태를 모니터링하고 기록한다(P)	일반	정규
6장. 약물 관리				
[약물선정 및 보관]	6.1.1	필요한 약물을 적절하게 선정하고, 약물 정보를 공유한다.		
	1	약물선정 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	약물에 관한 정보를 제공한다(P)	일반	정규
	3	정규시간 외에 약물을 확보할 수 있는 절차가 있다(S)	일반	시범
	6.1.2	약물을 안전하게 보관하고 관리한다.		
	1	약물의 안전한 보관 및 관리에 대한 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	모든 약물은 규정에 따라 보관한다(P)	공통	정규
	3	모든 약물은 규정에 따라 라벨링하여 보관한다(P)	공통	정규
	4	모든 약물의 보관 상태를 정기적으로 점검한다(P)	공통	정규
	5	약품의 회수 및 철회약품 절차를 준수한다(P)	공통	정규
[조제]	6.2.	안전하고 청결한 조제 절차가 있고, 이를 준수한다.		
	1	안전하고 청결한 약물준비 및 조제에 관한 규정이 있다(S)	공통	정규

	2	약물을 조제한다(P)	공통	정규
[투약]	6.3	안전한 약물투여에 대한 규정이 있고, 직원들이 이를 준수한다.		
	1	약물투여 관련 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	약물투여 시 환자, 약물명, 투여경로, 용량, 투여시간을 확인한다(P)	공통	정규
	3	고위험약물 투여 시 주의사항 및 부작용 발생 시 대처방안을 직원이 알고 있다(P)	공통	정규
	4	마약 및 향정신성의약품 투여시 주의사항 및 부작용 발생시 대처방안을 직원이 알고 있다(P)	공통	정규
	5	입원 시 지참약을 투여한다(P)	공통	정규
	6	약물투여를 위한 교육을 제공한다(P)	공통	정규
7장. 환자 권리 존중 및 보호				
[환자 권리와 의무]	7.1.1	환자의 권리와 의무를 존중하고, 사생활을 보호한다.		
	1	환자의 권리와 의무에 대한 규정이 있다(S)	공통	정규-필수
	2	환자의 권리와 의무에 관한 규정을 직원들이 알고 있다(P)	공통	정규-필수
	3	환자 또는 보호의무자에게 환자의 권리와 의무에 대해 설명한다(P)	공통	정규-필수
	4	진료과정에 환자 또는 보호의무자가 참여한다(P)	공통	정규
	5	환자의 신체노출을 보호한다(P)	일반	정규
	6	환자의 진료정보를 보호한다(P)	공통	정규-필수
	7.1.2	환자 개인의 물품 소지에 대한 권리를 보장하고 지원한다.		
	1	환자의 개인 사물 관리에 관한 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	환자의 개인 사물 관리를 규정에 따라 수행한다(P)	공통	정규
[불만 및 고충처리]	7.2	환자 또는 보호의무자의 고충사항을 처리할 수 있는 체계가 있으며, 이를 적절하게 운영한다.		
	1	환자 또는 보호의무자의 불만 및 고충사항 처리 절차가 있다(S)	공통	정규
	2	환자 또는 보호의무자에게 불만 및 고충사항 처리 절차를 안내한다(P)	공통	정규
	3	불만 및 고충사항을 처리한다(P)	공통	정규
	4	불만 및 고충사항에 대한 처리결과를 보고한다(P)	공통	정규
[동의]	7.3	환자 또는 보호의무자에게 진료를 위하여, 또는 관련법상 필요한 서류 구비를 목적으로 동의서 또는 동의를 받는 체계가 있으며, 이를 적절하게 운영한다.		
	1	동의서 또는 동의 관련 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	환자 또는 보호의무자에게 동의서 또는 동의를 받는다(P)	공통	정규
III. 행정관리체계				
8장. 경영 및 조직 운영				
[조직운영]	8.1	의료기관의 최고책임자는 조직의 미션을 승인하고 공표함으로써 기관의 운영방향을 공유한다.		
	1	조직의 미션이 있다(S)	공통	정규
	2	조직의 미션을 이행하기 위한 활동을 수행한다(P)	공통	정규
	3	조직의 미션을 전 직원에게 공지한다(P)	공통	정규
	4	직원들은 조직의 미션을 이해하고 있다(P)	공통	정규
[경영관리]	8.2	최고책임자는 합리적 의사결정을 하고, 체계적인 계획하에 의료기관을 운영한다.		
	1	전반적인 의료기관 운영에 관한 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	운영규정은 규정의 검토 및 승인에 관한 절차를 포함한다(S)	공통	정규
	3	의료기관 운영에 대한 회의체를 운영하고 기록한다(P)	공통	정규

9장. 인적자원 관리				
[인적 자원관리]	9.1	인사관리 규정을 정비하고, 합리적인 인력관리가 이루어질 수 있도록 인사관리체계를 갖추고 인사정보를 적절히 관리한다.		
	1	인사관리를 위한 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	인사정보를 관리한다(P)	공통	정규
	3	의료 인력에 대한 법적기준을 준수한다(S)	공통	정규
[직원교육]	9.2	의료기관은 직원의 직무능력과 지식을 발전시키기 위하여 지속적인 훈련을 제공한다.		
	1	직원교육에 대한 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	직원의 직무수행에 필요한 교육을 제공한다(P)	공통	정규
10장. 감염 위생 관리				
[감염관리 체계]	10.1.1	의료관련 감염발생의 위험을 감소시키기 위한 효율적인 감염관리 프로그램을 설계하고, 수행한다.		
	1	감염 예방 및 감염관리 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	수술기구의 멸균과 소독을 수행한다(P)	일반	정규
	3	수술장 환경을 관리한다(P)	일반	정규
	4	중환자실 환경을 관리한다(P)	일반	정규
	5	중환자실 환자를 관리한다(P)	일반	정규
	6	내시경소독을 시행한다(P)	일반	정규
	7	투석액/물 배양검사를 관리한다(P)	일반	정규
	10.1.2	기구의 세척, 소독, 멸균 관리를 통해 의료관련 감염발생 위험을 감소시키기 위해 노력한다.		
	1	기구세척, 소독, 멸균에 관한 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	사용한 기구의 세척 및 소독, 멸균을 수행한다(P)	공통	정규
	3	멸균기를 정기적으로 관리한다(P)	공통	정규
	4	멸균물품을 관리한다(P)	공통	정규
	5	세척직원은 보호구를 착용한다(P)	공통	정규
	10.1.3	세탁물관리를 통해 청결한 환경을 유지한다.		
	1	세탁물 관리에 대한 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	세탁물을 관리한다(P)	공통	정규
	10.1.4	조리장 위생 관리를 통해 청결한 조리장 환경을 유지한다.		
	1	조리장의 위생관리 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	음식재료를 관리한다(P)	공통	정규
	3	식기 및 조리 기구를 관리한다(P)	공통	정규
	4	냉장고 및 냉동고를 관리한다(P)	공통	정규
	5	조리장 환경 위생을 관리한다(P)	공통	정규
	10.1.5	감염성질환으로부터 환자 및 직원을 보호하기 위한 격리 절차가 있다.		
	1	감염성질환 발생 시 격리 절차가 있다(S)	공통	정규
	2	감염성 질환자 발생 시 절차에 따라 조치한다(P)	공통	정규
11장. 안전한 시설 및 환경 관리				
[시설환경 안전관리 체계]	11.1	안전관리 관련 법규, 검사요건을 준수하며, 물리적·화학적 환경의 위험으로부터 환자, 직원 및 방문객을 보호한다.		
	1	시설의 안전관리 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	시설의 안전관리를 수행한다(P)	공통	정규
	3	시설안전관리 계획이 있다(S)	공통	시범

	4	시설안전관리 계획에 따라 교육한다(P)	공통	시범
	5	직원은 계획에 따라 시설안전관리를 수행한다(P)	공통	시범
[설비 시스템]	11.2	설비시스템 관리업무를 계획하고, 수행한다.		
	1	전기시스템에 대한 관리체계가 있다(S)	공통	정규
	2	물 공급 및 수질 관리시스템에 대한 체계가 있다(S)	공통	정규
	3	의료가스 및 진공시스템에 대한 관리체계가 있다(S)	공통	정규
	4	실내 공기질 관리체계가 있다(S)	공통	정규
[위험물질 및 위해도구 관리]	11.3	위험물질 및 위해도구 관리를 위한 계획을 수립하고, 수행한다.		
	1	위험물질 및 위해도구 안전관리 계획을 수립한다(S)	공통	정규
	2	위험물질 목록이 있다(S)	공통	정규
	3	위험물질 목록에 따라 예방점검을 수행한다(P)	공통	정규
	4	위해도구 목록이 있다(S)	공통	정규-필수
	5	위해도구 목록에 따라 예방점검을 수행한다(P)	공통	정규-필수
12장. 의료정보관리				
[의료정보 관리체계]	12.1	의무기록 및 의료정보에 대한 규정이 있고, 규정에 따라 업무를 수행한다.		
	1	의료정보/의무기록 관리 규정이 있다(S)	공통	정규
	2	의무기록의 형식과 내용을 관리한다(P)	일반	시범
	3	의료정보/의무기록의 접근을 제한하고 관리한다(P)	공통	정규
	4	의무기록 사본 발급을 관리한다(P)	공통	정규
[의무기록 관리]	12.2	퇴원환자의 의무기록을 충실하게 완결하고, 의무기록에 기록된 정확한 진단명을 관리한다.		
	1	퇴원환자 의무기록을 작성한다(P)	공통	정규
	2	주진단명 및 진단코드를 기록한다(P)	공통	정규
	3	표준화된 질병(시술)코드를 사용한다(P)	공통	정규
[개인정보 보호 및 보안]	12.3	개인정보보호 및 보안체계를 수립하고, 이를 관리한다.		
	1	개인정보보호 및 보안에 관한 규정이 있다(S)	공통-500병상이상	시범
	2	개인정보보호를 위한 보안체계가 있다(S)	공통-500병상이상	시범
	3	개인정보관리책임자 및 실무담당자는 규정에 따라 업무를 수행한다(P)	공통-500병상이상	시범
	4	접근통제구역에 대한 출입 및 정보시스템 접근권한을 관리한다(P)	공통-500병상이상	시범
	5	정보시스템 접속이력을 관리한다(P)	공통-500병상이상	시범

VOICEYE
voiceye.com

VOICEYE
voiceye.com

<부록 5> 미국 뉴욕주 격리·강박 가이드라인

New York State
omh
Office of Mental Health

Implementation Guidelines: 14 NYCRR §526.4 Restraint and Seclusion

NOTE: THESE GUIDELINES ARE BASED IN PART ON CMS MANUAL SYSTEM PUB. 100-07 STATE OPERATIONS PROVIDER CERTIFICATION, APPENDIX A – SURVEY PROTOCOL, REGULATIONS AND INTERPRETIVE GUIDELINES FOR HOSPITALS, ISSUED BY THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

14 NYCRR §526.1 BACKGROUND AND INTENT:

Facility policies and procedures should support the general intent behind the restraint and seclusion regulations.

The intent of this standard is to convey the critical need to ensure that care provided to persons with mental illness in the State of New York is offered in a safe and therapeutic environment. Also implicit in this standard is the expectation that facilities operated or licensed by OMH will be actively engaged in efforts to reduce the use of restraint and seclusion in facilities operated, certified, or monitored by OMH. The stated goal of these efforts is to reduce restraint and seclusion to the status of rare events, to reduce the behavioral emergencies that have prompted their use, and, wherever possible, to entirely eliminate the use of restraint.

The use of restraint and seclusion is associated with increased risk of injury to both patients and staff who utilize these interventions. Seclusion and restraint also may have deleterious effects on patients, including survivors of sexual trauma and/or physical abuse, and patients with hearing impairments who are unable to communicate without the use of their hands. Physical risks include serious injury or even death, and psychological injuries include retraumatization for individuals with histories of abuse.

It is the experience of the Office of Mental Health (OMH) that the use of seclusion and restraint for purposes of managing violent or self-destructive behavior can be significantly reduced through the creation and maintenance of environments which promote hope, recovery and the empowerment of patients, identify and implement strategies to advance positive behavior management and restraint reduction efforts, incorporate strategies in hiring or workforce development practices to advance these efforts, and emphasize the education and sensitization of staff regarding the risk and safe use of restraint and seclusion. It is therefore OMH's expectation that all facilities authorized to utilize restraint and seclusion will develop, and actively implement, policies and procedures that encourage these results.

Facility leadership is responsible for creating a culture that supports a reduction in the use of restraint and seclusion. Leadership must ensure that systems and processes are developed, implemented, and evaluated that support positive therapeutic environments, the use of effective crisis prevention and de-escalation strategies and an elimination of the inappropriate use of restraint and seclusion. To this end, leadership should:

VOICEYE
voiceye.com

- assess and monitor the use of restraint and seclusion in their facility;

- implement actions to ensure that restraint and seclusion is used only as a measure of last resort to avoid imminent injury to the patient, staff, or others; and ensure that the facility complies with the requirements set forth in 14 NYCRR Section 526.4, as well as applicable federal requirements and facility policy, whenever restraint or seclusion must be used.

§526.3 APPLICABILITY (also see §526.4 (c) (14) Special program requirements):

Compliance with these regulations is required of State operated psychiatric centers, hospitals and inpatient facilities, CPEPS, and RTFs.

The following types of providers are authorized to utilize restraint and seclusion, and thus are subject to the provisions of 14 NYCRR Part 526 governing its use:

(1) State Operated Psychiatric Centers,

(2) Hospitals and Inpatient Facilities governed by 14 NYCRR Parts 580 and 582;

(3) Residential Treatment Facilities for Children and Youth governed by 14 NYCRR Part 584 (please note that the use of seclusion in RTFs must be authorized by OMH in accordance with an approved plan); and

(4) Comprehensive Psychiatric Emergency Programs governed by 14 NYCRR Part 590, if there is an approved written plan.

The regulations specify that restraint and seclusion is NOT authorized in any other program category, unless the regulations that establish the program category expressly indicate that restraint and seclusion can be used. Therefore, the use of restraint and seclusion is not authorized in, and shall not be utilized in, outpatient treatment programs governed by 14 NYCRR Part 587 or Part 599 (clinic treatment programs (for adults or children/youth); continuing day treatment programs; day treatment programs serving children; partial hospitalization programs; or intensive psychiatric rehabilitation treatment programs); 14 NYCRR Part 595 (residential programs for adults); 14 NYCRR Part 594 (licensed housing programs for children); or 14 NYCRR Part 512 (personalized recovery oriented programs).

In situations in which alternative procedures and methods not involving the use of physical force cannot reasonably be employed, the regulations do not prevent a program of any category from using reasonable physical force when necessary to protect the life and limb of any person, for the purpose of restoring safety.

§526.4 (a) DEFINITIONS

Facility policies and procedures should employ definitions that are consistent with 14 NYCRR Section 526.4.

1. "Drug used as a restraint" means a drug or medication when it is used as a

VOICEYE
voiceye.com

restriction to manage the patient's behavior or restrict the patients' freedom of movement and is not a standard treatment or dosage for a patient's medical or psychiatric condition, or as otherwise defined in federal regulations of the Centers for Medicare and Medicaid Services.

Drugs or medications that are used as part of a patient's standard medical or psychiatric treatment, and are administered within the statutory dosage for the patient's condition, would not be considered "drug used as a restraint." These regulations are not intended to interfere with the clinical treatment of patients who are suffering from serious mental illness and who need therapeutic doses of medication to improve their level of functioning so they can more actively participate in their treatment. Similarly, these regulations are not intended to interfere with appropriate doses of sleeping medication prescribed for patients with insomnia, anti-anxiety medication prescribed to calm a patient who is anxious, or analgesics prescribed for pain management.

The Office of Mental Health does not consider the use of medication as a restraint to be a standard practice. However, there may be emergency situations where the degree of harm posed by a patient's behavior is such that the primary intent of a physician in ordering a medication is to restrict the ability of the patient to engage in the dangerous behavior, thereby minimizing harm to the patient and others. When medication is used in this manner, there must be a STAT (immediate one-time) order for the medication, and the use of the medication must also be identified as a restraint.

Criteria used to determine whether the use of a drug or medication, or combination of drugs or medications, is a standard treatment or dosage for the patient's condition includes all of the following:

- The drug or medication is used within the pharmaceutical parameters approved by the federal Food and Drug Administration and the manufacturer for the indications that it is manufactured and labeled to address, including listed dosage parameters;

- The use of the drug or medication follows national practice standards established or recognized by the medical community, or professional medical associations or organizations;

- The use of the drug or medication to treat a specific patient's clinical condition is based on that patient's symptoms and overall clinical situation, and on the physician's or other licensed independent practitioner's knowledge of that patient's expected and actual response to the medication.

Another component of "standard treatment or dosage" for a drug or medication is the expectation that the standard use of a drug or medication to treat the patient's condition enables the patient to more effectively or appropriately function in the world around him/her than would be possible without the use of the drug or medication. If the overall effect of a drug or medication, or combination of drug or medications, is to reduce the patient's ability to effectively or appropriately interact with the world around the patient, then the drug or medication is not being used as a standard treatment or dosage for the patient's condition.

VOICEYE
voiceye.com

Whether or not an order for a drug or medication is STAT (immediate one-time order), PRN (as needed) or a standing order does not determine whether or not the use of that drug or medication is considered a restraint. The determining factor in whether or not medication is used as a restraint is the purpose for which the medication is being ordered. If the patient's behavior has risen to a level where there is an imminent risk of serious injury to the patient or others, and the purpose of the medication is to "disable" the patient, the medication is a restraint. If the primary purpose of a drug is to calm a patient to "enable" him or her to remain in the therapeutic milieu, the medication is not being used as a restraint. *The use of PRN or standing order drugs or medications is prohibited if a drug or medication meets the definition of a drug or medication used as a restraint.*

As with any use of restraint or seclusion, staff must conduct a comprehensive patient assessment to determine the need for other types of interventions before using a drug or medication as a restraint. For example, a patient may be agitated due to pain or adverse reaction to an existing drug or medication or other unmet need or concern.

When a drug is used as a restraint, monitoring and observation must include post-medication administration assessment by qualified professional staff. The same monitoring requirements as mechanical or manual restraint apply, provided, however, that monitoring of vital signs should be done more frequently than with mechanical or manual restraint, in accordance with good clinical practice.

It is important to note that the use of a drug or medication as a restraint does not supersede a patient's right to object to medication as otherwise set forth in Section 527.8 of Title 14 NYCRR.

(5) "Manual restraint" means the use of a manual or physical method to restrict a person's freedom of movement or normal access to his or her body. The term "manual restraint" means and includes the term "physical restraint."

Based upon this definition, manual restraints include, but are not limited to, physical restraints required to facilitate the safe administration of court ordered or emergency medications administered over the patient's objection and other physical interventions that are designed to involuntarily hold or pin the patient to restrict movement. Furthermore, a physical "takedown" to the floor is always considered a manual restraint.

The physical holding of a patient for the purpose of conducting routine physical examinations or tests, probably does not meet the definition of "manual restraint." However, patients do have the right to refuse treatment (see 14 NYCRR Parts 27.8 and 527.8). Holding the patient in a manner that restricts a patient's movement against a procedure or test to which he or she has the right to object, in accordance with such Parts, is considered a manual restraint. Also included in the definition of manual restraint are holds that are commonly referred to as "therapeutic holds." Nationally, many deaths have occurred while employing these practices. Physically holding a patient can be just as restrictive, and just as dangerous, as restraining methods that involve devices.

For the purposes of these regulations, a staff member picking up, redirecting, or holding a child to comfort him/her is not considered restraint. Also not included in the definition of a restraint is a physical escort, which is a light grasp to escort a patient to a desired location. If the patient can easily remove or escape the grasp, this would not be considered manual restraint. However, if the patient cannot easily remove or escape the grasp, this would be considered manual restraint and all of the procedural requirements for restraint would apply.

VOICEYE
voiceye.com

(6) "Mechanical restraint" means an apparatus which restricts a patient's movement of the head, limbs, or body, and which the patient is unable to remove, provided, however, this term may also apply to an apparatus not normally used for this purpose, such as a bed rail or bed sheet, if the patient is not able to release the mechanism.

Because the definition of mechanical restraint does not name each device and situation that can be used to immobilize or reduce the ability of a patient to move his or her arms, legs, body or head freely, it promotes looking at each patient situation on a case by case basis. Generally, if a patient can easily remove a device, the device would not be considered a restraint. In this context, "easily remove" means that the manual method, device, material, or equipment can be removed intentionally by the patient in the same manner as was applied by the staff (e.g., side rails are put down, not climbed over, buckles are intentionally unbuckled, ties or knots are intentionally untied, etc.), considering the patient's physical condition and ability to accomplish the objective. A determination as to whether something is "easily removed" is based on a patient's physical and cognitive abilities to remove a restriction within a brief time span.

Restraint alternatives, such as chair or bed "sentinels," which patients themselves may release, may be useful in the care of certain patients, such as those who are elderly or confused, who may otherwise injure themselves.

A restraint does not include methods that protect a patient from falling out of bed. Examples include raising side rails when a patient is on a stretcher, recovering from anesthesia, sedated, experiencing involuntary movement, or on certain types of therapeutic beds to prevent the patient from falling out of the bed. The use of side rails in these situations prevents the patient from falling out of the bed and therefore would not be considered a restraint based on this definition.

However, side rails are frequently not used as a method to prevent a patient from falling out of bed, but instead, used to restrict the patient's freedom to exit the bed. The use of side rails to prevent the patient from exiting the bed would be considered a restraint and would be subject to all the procedural requirements of these regulations applicable to restraints. If all 4 side rails are raised in order to restrain a patient (as defined in these regulations), then the requirements set forth in these regulations apply. Raising fewer than 4 side rails when the bed has segmented side rails would not necessarily immobilize or reduce the ability of a patient to move freely, as defined in these regulations. For example, if the side rails are segmented and one segment is not raised to allow the patient to freely exit the bed, the side rails are not acting as a restraint. In addition, if a patient is not physically able to get out of bed, regardless of whether or not the side rails are raised, raising all 4 side rails would not be considered restraint because the side rails have no impact on the patient's freedom of movement.

Placement in a crib with raised rails is an age-appropriate standard safety practice for infants or toddlers. Placement of an infant or toddler in a crib with raised rails would not be considered restraint. For a child who is not an infant or toddler, placement in a crib with raised rails may well be considered restraint.

(7) "Mechanical support" means a device intended to keep the person in a safe or comfortable position or to provide the stability necessary for therapeutic measures such as immobilization of fractures, administration of intravenous

VOICEYE
voiceye.com

solutions or other medically necessary procedures, which the patient can remove at will.

A mechanical support used to achieve proper body position, balance, or alignment so as to allow greater freedom of mobility than would be possible without the use of such a mechanical support is not considered a restraint under these regulations.

The use of mitts and helmets as an emergency intervention to avoid imminent injury to the patient or others constitutes a restraint under these regulations, as are, by extension, each of the following: pinning or otherwise attaching mitts to bedding, or using a wrist restraint in conjunction with hand mitts; applying the mitts so tightly that the patient's hand or fingers are immobilized; or using mitts that are so bulky that a patient's ability to use his/her hands is significantly reduced.

(11) "Restraint" means any manual method, mechanical device, or pharmacologic measure which immobilizes or reduces the ability of an individual to freely move his or her arms, legs, body, or head. This includes manual restraint, drug used as a restraint, and mechanical restraint,

Under this definition, commonly used practices and devices could meet the definition of restraint, such as:

- tucking a patient's sheets in so tightly that the patient cannot move;
- use of a "net bed" or an "enclosed bed" that prevents the patient from freely exiting the bed;
- using side rails to prevent a patient from voluntarily getting out of bed.

Handcuffs, manacles, shackles, other chain-type restraint devices, or other restrictive devices are considered law enforcement safety devices and are not acceptable health care restraint interventions for use by facility staff to restrain patients. Such devices are permitted when employed by safety or law enforcement staff for the transport of patients under Article 10 of the Mental Hygiene Law, or patients committed to the custody of the Commissioner pursuant to a criminal court order, or if otherwise permitted in law.

The use of weapons, (such as pepper spray, mace, nightsticks, tasers, cattle prods, stun guns, and pistols), is not a safe, acceptable health care intervention for use by facility staff to restrain patients. The use of weapons by any facility staff in subduing a patient in order to place the patient in restraint or seclusion should never be permitted.

(12) "Seclusion" means the involuntary confinement of a patient in a room or area where the patient is prevented from leaving, (or where the patient reasonably believes that he or she will be prevented from leaving), with no ability to meaningfully interact with other patients or staff, provided, however, it shall not mean confinement on a locked unit or ward where a patient is with others.

Seclusion may only be used for the prevention of violent behavior or self- destructive

VOICEYE
voiceye.com

behavior that jeopardizes the immediate physical safety of the patient, a staff member, or others. Seclusion is not just confining a patient to an area, but involuntarily confining the patient alone in a room or area where the patient is physically, or cognitively, prevented from leaving.

If a patient is restricted to a room alone and staff are physically intervening to prevent the patient from leaving the room, or if the actions of the staff can reasonably be interpreted as threatening the patient with physical intervention, or other implicit or explicit consequences, if the patient attempts to leave the room, the room is considered locked, whether or not the door is actually closed or locked. In this situation, the patient is being secluded. Conversely, if a staff member is in a room with a patient and is engaging in positive therapeutic interventions in an attempt to help the patient maintain or regain control, this would not be considered seclusion.

Confinement on a locked ward or unit where the patient is with others does not constitute seclusion. Also not considered seclusion is time out, which, based on the definition in these regulations, is an intervention in which the patient, either upon the recommendation of staff or at the patient's initiative, consents to spend time alone in a designated area from which the patient is not physically prevented from leaving. Therefore, the patient can leave the designated area when the patient chooses.

BEST PRACTICE GUIDANCE
SENSORY MODULATION AND COMFORT ROOMS

Facilities are strongly encouraged to consider alternatives to seclusion, such as the use of sensory modulation and comfort rooms. A comfort room is a designated space that is designed in a way that is calming to the senses and where the user can experience visual, auditory, olfactory, and tactile stimuli. Furnished with items that are physically comfortable and pleasing to the senses, comfort rooms offer a sanctuary from stress and are a useful tool to teach individuals calming techniques in order to decrease agitation and aggressive behavior. In this regard, comfort rooms (which may also be utilized by staff, as appropriate) have great utility in fostering a safe and therapeutic environment. More information about comfort rooms can be obtained from OMH's public website: www.omh.ny.gov

§526.4 (b) GENERAL PRINCIPLES

Facility policies and procedures should reflect the following general principles:

Restraint and seclusion can be used for purposes of managing violent or self-destructive behavior only as safety interventions in emergency situations when necessary to avoid imminent, serious injury to the patient or others, and less restrictive interventions (including any such interventions that have been identified in a patient's behavioral management plan) have been utilized and determined to be ineffective, or in rare instances where the patient's dangerousness is of such immediacy that less restrictive interventions cannot be safely employed.

The decision to use a restraint or seclusion is not driven by diagnosis, but by a comprehensive individual patient assessment conducted by a physician prior to implementation of the restraint

VOICEYE
voiceye.com

or seclusion, or within an hour after implementation of the order. For a given patient at a particular point in time, this comprehensive individualized assessment is used to determine whether the use of less restrictive measures poses a greater risk than the risk of using restraint or seclusion. The comprehensive assessment should include a physical assessment to identify medical problems that may be causing behavior changes in the patient. For example, temperature elevations, hypoxia, hypoglycemia, electrolyte imbalances, drug interactions, and drug side effects may cause confusion, agitation, and combative behaviors. Addressing these medical issues may eliminate or minimize the need for the use of restraints or seclusion.

Safe patient care hinges on looking at the patient as an individual and assessing the patient's condition, needs, strengths, weaknesses, and preferences. Such an approach relies on caregivers who are skilled in individualized assessment and in tailoring interventions to the individual patient's needs after weighing factors such as the patient's condition, behaviors, history, and environmental factors. It is the expectation of the Office of Mental Health that facilities will direct their staff to immediately interact or intervene to prevent a patient from seriously injuring him/herself or others.

The use of restraint is inherently risky. Any restraint intervention employed in a given circumstance must be the least restrictive intervention that meets the patient's clinical needs and protects the safety of the patient, staff, or others. Ongoing documented assessments should demonstrate that the restraint or seclusion is the only reasonable alternative at the time (or at a time in the past) after all less restrictive interventions have been employed or are not feasible.

BEST PRACTICE GUIDANCE
THE IMPACT OF RESTRAINT ON STAFF

Any review of the use of restraint in a facility must include a review of its impact on staff. In accordance with the principles of trauma informed care, whenever the use of restraint is employed, it should be done in as kind and respectful a manner as possible to prevent retraumatization. Staff need to be in control of their emotions and physical actions at all times. Staff who see another staff member losing emotional or physical control should immediately take steps to either have that staff member leave and be replaced by another staff member, or to direct that staff member to immediately regain his or her own composure. The use of a comfort room by staff may be helpful in these circumstances.

§526.4 (c) RESTRAINT AND SECLUSION TO MANAGE VIOLENT OR SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR

Facility policies and procedures should reflect the following general principles:

Restraint and seclusion for purposes of managing violent or self-destructive behavior must be implemented safely and appropriately and in accordance with New York State Law, including

VOICEYE
voiceye.com

Mental Hygiene Law Section 33.04. It should only be utilized when less restrictive measures, including any such interventions that have been identified in a patient's behavior management plan, have been utilized and found to be ineffective to protect the patient from seriously injuring self or others; or in rare instances where the patient's dangerousness is of such immediacy that less restrictive interventions cannot be safely employed.

Utilization of seclusion or restraint to manage violent or self-destructive behavior shall not be based on a patient's seclusion or restraint history or on a history of dangerous behavior. The decision to use a restraint or seclusion is not driven by diagnosis, but by a determination by a physician following a comprehensive face-to- face assessment that, for a given patient at a particular point in time, the use of restraint or seclusion is the least restrictive intervention that will protect the physical safety of the patient, staff, or others.

It is important that facility policies governing the use of restraint or seclusion include provisions for appropriate attention to the personal needs of the patient, including toileting facilities, and medical and hygiene needs, by staff escort or otherwise, and for the patient's physical and mental comfort. The physical environment shall be as conducive as possible to facilitating early release from restraint or seclusion, with attention to calming the patient with sensory interventions when clinically appropriate. Any space utilized for restraint or seclusion should include a clock within visual observation of the patient. Every effort must be made to protect the patient's privacy. A patient should never be placed in four-point or five-point restraints in public view, nor should more than one patient be restrained in a room.

With respect to mechanical restraint, only devices which have been authorized by the Commissioner for use in the management of violent or self-destructive behavior may be utilized for this purpose. No device can be utilized for this purpose unless it has been confirmed that the device at issue is on the Commissioner's approved list, which includes:

- four-point restraint
- five-point restraint
- wrist-to-belt restraint
- mitts
- helmets
- calming blanket

In addition, certain restraint techniques have been deemed by the Office to be dangerous and, in accordance with its authority in Mental Hygiene Law Section 31.19, cannot be utilized

- any technique that obstructs a patient's respiratory airway or impairs his or her breathing or respiratory capacity, including techniques in which a staff member places pressure on a patient's back or places his or her body weight against the patient's torso or back;
- a technique that utilizes a pillow, blanket, or other item to cover the patient's face or to hold over or above the patient's face;
- use of any technique on a patient who has a known medical or physical condition where there is reason to believe that use of such technique would endanger the person's life or significantly exacerbate the person's medical condition; or
- restraint in a prone position.

VOICEYE
voiceye.com

If, at any time in the course of a restraint, a patient ends up in a prone position, he or she should be rotated to a face-up position immediately. In addition, if or when a restrained patient states that he or she cannot breathe, staff must immediately assess the patient and change the patient's position to facilitate breathing.

(c)(4) Patient Behavior Management History Assessment and Individual Crisis Prevention Plans:

The initial assessment of a patient and development of an individual crisis prevention plan are primary prevention tools that are critical components of an overall strategy to reduce the use of restraint or seclusion. Facility policies must include provisions that address conducting an initial patient behavior management history assessment of each patient upon admission to the facility, or as soon thereafter as possible. Assessments of a patient's current condition, history, and risks are the foundation of any treatment plan, formal or informal, which is the basis for any care the patient receives in the hospital.

A document that identifies a patient's individual preferences and behaviors related to behavioral management interventions is often called an "individual crisis prevention plan," an "individualized calming plan," a "safety plan," or similar reference. Regardless of what it is called, the development of such a document can be extremely useful in managing crisis situations and in reducing the use of restraint and seclusion. It is the expectation of the Office of Mental Health that facilities authorized to utilize restraint or seclusion will encourage the development of these plans, and document them in the clinical record.

BEST PRACTICE GUIDANCE
PATIENT BEHAVIOR MANAGEMENT ASSESSMENT

This assessment should include input from the patient and, when reasonably possible, anyone else he or she desires to be present, such as a family member, significant other, or authorized representative. Depending on the circumstances, the information gathered in the initial interview may be minimal. However, as clinicians gather more information and experience with the patient, the assessment will become more robust. A reassessment should be completed whenever there is a significant change in the patient's physical or psychological condition. This assessment (and any subsequent reassessments) should include:

- review of any advance directive or crisis plan the patient may present;
- the development or updating of an individual crisis prevention plan, personal safety plan, or similar document, which shall be used by the facility in treatment planning and de-escalation, and which allows a patient to identify:
  - ❑ early warning signs, triggers and precipitants of distress, stress or aggression, which cause the patient to escalate;
  - ❑ techniques, methods or tools that help the patient to control his or her own behavior; and
  - ❑ preferences, if any, relating to the gender of staff assigned to monitor a patient in restraint;
- identification of pre-existing medical conditions or any physical disabilities or limitations that would place the patient at greater risk during restraint and seclusion, e.g., obesity, cardiac conditions, pregnancy, asthma or other respiratory conditions, impaired gag reflex, back conditions, seizure disorders, deafness, blindness, or hemophilia; and
- any trauma history, including any history of sexual or physical abuse the patient feels is relevant.

BEST PRACTICE GUIDANCE
INDIVIDUAL CRISIS PREVENTION PLANS

An Individual Crisis Prevention Plan is more than just a plan. Fundamentally it is an individualized plan developed in advance to prevent a crisis and avoid the use of restraint or seclusion. It is a collaborative effort on the part of both the patient and staff to identify an agreed-upon strategy designed to assist the patient in maintaining or regaining control of his/her emotions and behaviors

Individual crisis prevention plans are designed to help patients during the earliest stages of distress or escalation before a crisis erupts; help patients identify practicable coping strategies; help staff plan ahead and know what to do with each person if a problem arises; and help staff use interventions that reduce risk and trauma to individuals These plans often have at least 3 distinct sections which articulate triggers, early warning signs and coping strategies. The plans should encourage creativity, and should be individualized to each patient's needs, linked to any personal history of trauma, and tailored to environmental resources. In determining the appropriate intervention for a specific patient in response to an emergency situation which may warrant seclusion or restraint, any preferences or recommendations provided by the patient in the individual crisis prevention plan should be considered.

After it is developed, a copy of the individual crisis prevention plan should be given to the patient and routinely reviewed and updated throughout his/her inpatient admission when changes are warranted. Once the specific coping strategies are identified, they should be incorporated into the patient's individual crisis prevention plan. To provide an opportunity for the patient to build proficiency and increase the probability that they will be effective during times of crisis, the patient should be given an opportunity to "practice" the identified coping strategies at times when he/she is not in crisis.

It is also important for facilities to develop a mechanism to be sure that all staff on all shifts, as well as floating staff, are aware of the patients' individual crisis prevention plans, for those patients that have them. These plans should be attached to the patient's treatment plan and appear in condensed form which is readily accessible by staff. The information can also be included in other places where patient alerts are noted.

BEST PRACTICE GUIDANCE
WHAT ARE "TRIGGERS"?

"Triggers" are situations that may contribute to crisis for the patient under review (e.g., not being listened to, lack of privacy, feeling lonely, being teased, feeling pressured, people yelling, being touched, being isolated, loud noises, arguments, or not having control). For patients who have experienced previous trauma in their lives, triggers may be sights, sounds or smells that remind the person of their previous trauma or cause the person to re-experience the anxiety or other emotions experienced during that traumatic event.

The following are examples of questions that might be utilized, as appropriate, to help articulate triggers:

- "What behaviors, situations or circumstances upset you?"
- "What makes you feel scared, unsafe, upset or angry and could cause you to go into c?"

VOICEYE
voiceye.com

BEST PRACTICE GUIDANCE
WHAT ARE "EARLY WARNING SIGNS?"

"Early warning signs" are behaviors that a patient displays which indicate he or she may be upset or losing behavioral control (e.g., restlessness, agitation, pacing, shortness of breath, or sweating). The following are examples of questions that might be utilized, as appropriate, to help articulate early warning signs:

- "What behaviors might you display as a result of what you are feeling or what might you or others notice just before you lose control?"
- "What subtle cues may you exhibit that indicate you are upset, frightened or angry?"
- "What are some things that you might say or do that would indicate that something was wrong?"

BEST PRACTICE GUIDANCE
WHAT ARE "COPING STRATEGIES?"

"Coping strategies" are the patient's preferred strategies for managing and minimizing stress. (e.g., time away from a stressful situation, going for a walk, taking to someone who will listen, lying down, working out, or listening to peaceful music). The following are examples of questions that might be utilized, as appropriate, to help articulate coping strategies:

- "What techniques, methods or tools help you maintain control of your behavior and thus prevent crisis situations, and what methods help you regain control when you are experiencing loss of control?"
- "What are some things that help you calm yourself when you start to get upset?"
- "Are you able to communicate with staff when you are having a hard time? If not, what can staff do at these moments to help, essentially what can staff do to assist you?"
- "What does not help when you are upset; moreover, what should staff not do or what actions should staff avoid?"
- "Would you like your family to play a role when you are having trouble controlling your behavior? Is there anyone else you would like to have involved?"
- "What medications do you prefer (including dosages if known)? Do you prefer medication by mouth or by injection? Would it be helpful if someone held your hands and did not restrain your body?"
- "We will do our very best to avoid ever placing our hands on you without your permission, but as a last resort in a crisis situation, if you are unable to maintain control and there is an imminent potential for you or others to be injured, which intervention do you feel would be less traumatic to you - seclusion or a particular form of restraint?"
- "If seclusion or restraint is used as a last resort, do you want us to notify your family or a patient advocate of your choice?"

(c)(5) Orders for the use of restraint or seclusion:

In accordance with New York State Mental Hygiene Law Section 33.04, orders for restraint

VOICEYE
voiceye.com

and seclusion must be in writing and signed by a physician. Such orders must never be written as a standing order or on an as needed (PRN) basis. The ongoing authorization for restraint and seclusion is not permitted. Each episode of restraint and seclusion must be initiated in accordance with the order of a physician, based on a personal examination of the patient that includes an evaluation of the patient's physical and psychological condition. If a patient was recently released from restraint or seclusion, and exhibits behavior that can only be handled through the reapplication of restraint or seclusion, a new order is required. Staff cannot discontinue a restraint or seclusion order, and then re-start it under the same order. This would constitute a PRN order. A "trial release" constitutes a PRN use of restraint or seclusion, and therefore is not permitted by these regulations.

When a staff member ends an ordered restraint or seclusion intervention, the staff member has no authority to reinstitute the intervention without a new order. A temporary, directly-supervised release, however, that occurs for the purpose of caring for a patient's needs (e.g. toileting, feeding, or range of motion exercises) is not considered a discontinuation of the restraint or seclusion intervention. As long as the patient remains under direct staff supervision, the restraint is not considered to be discontinued because the staff member is present and is serving the same purpose as the restraint or seclusion.

The use of PRN orders for drugs or medication is only prohibited when a drug or medication is being used as a restraint. A drug or medication is deemed to be a restraint only if it is not a standard treatment or dosage for the patient's condition, and the drug or medication is a restriction to manage the patient's behavior or restricts the patient's freedom of movement. Using a drug to restrain the patient for staff convenience is expressly prohibited.

An exception to this is permitted for repetitive self- mutilating behavior. If a patient is diagnosed with a chronic medical or psychiatric condition, such as Lesch-Nyhan Syndrome, and the patient engages in repetitive self-mutilating behavior, a standing or PRN order for restraint to be applied in accordance with specific parameters established in the treatment plan would be permitted. Since the use of restraints to prevent self-injury is needed for these types of rare, severe, medical and psychiatric conditions, the specific requirements (1 hour face-to-face evaluation, time limited orders, and evaluation every 24 hours before renewal of the order) for the management of violent behavior do not apply. However, the patient must still be continuously monitored in accordance with all other restraint requirements.

Patients of all ages are vulnerable and at risk when restrained or secluded to manage violent or self -destructive behavior. Therefore, in every case where restraint or seclusion is used, the requirement that the intervention be ended at the earliest possible time applies to all uses of restraint or seclusion. Each written order for restraint or seclusion shall be no more than 4 hours for adults; 1 hour for children and adolescents ages 9 to 17; and 30 minutes for children under 9, with the following exceptions:

- For manual restraint, orders must be limited in duration to 30 minutes for patients of any age. In every case, the use of manual restraint must be limited to the duration of the emergency situation, regardless of the length of the order. Staff must be made aware that a prolonged struggle can produce what is called a "catecholamine crisis," or "adrenergic storm." These conditions can occur to either or both the patient or staff, and the results could be fatal. ***Extreme caution should be exercised during episodes***

VOICEYE
voiceye.com

of manual restraint lasting more than 10 minutes, to ensure the health and safety of all involved.

- If an episode of mechanical restraint or seclusion has exceeded 2 hours for adults, 1 hour for children and adolescents ages 9 to 17, or 30 minutes for children under age 9, and it is expected that restraint or seclusion will be required beyond such time periods, the facility's clinical medical director or director of psychiatry, or his/her designee, must be notified and consulted.

BEST PRACTICE GUIDANCE
"WITNESSING"

"Recognizing that restraint and seclusion are counterintuitive to recovery and hope, the New York State Office of Mental Health has taken a pro-active approach that emphasizes the use of alternatives to restrictive interventions and the employment of evidence-based strategies to create violence and coercion-free cultures. There are many questions regarding the efficacy of seclusion and restraint as treatment interventions for maintaining safety in inpatient and residential psychiatric programs. Oversight groups such as the Joint Commission have encouraged providers of psychiatric services to reduce or eliminate restraint and seclusion and to develop effective treatment alternatives. Consumer advocacy groups and the National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) have stated concerns regarding the dangers and deleterious effects of these restrictive interventions and have recommended against their use.

With this said, each provider of services authorized to utilize restraint and seclusion is strongly encouraged to take the necessary steps to create a violence and coercion-free environment and to significantly reduce the use and duration of restraint and seclusion by employing alternative strategies. The 4 hour maximum time limit for orders of restraint or seclusion, which is permitted under New York law and federal regulations, is nonetheless clearly inconsistent with this goal. Involving the facility clinical director of director of psychiatry in decisions to continue restraint or seclusion for longer than 2 hours for adults, 1 hour for children or adolescents ages 9 to 17, and 30 minutes for children under the age of 9, (i.e, "witnessing") is more in concert with this initiative, and thus is required by these regulations. "Witnessing" by leadership sends a very clear message that restraint and seclusion beyond these time frames is a very serious matter, and should be extremely rare occurrences.

Though not required under law or regulations, developing a policy and practice to require a new assessment of the patient and a new order to continue restraint or seclusion beyond these durations would be considered best practice and commendable.

VOICEYE
voiceye.com

The regulations identify the maximum time limits on the length of each order for restraint or seclusion, based on age. The physician has the discretion to write the order for a shorter length of time. The length of order requirement identifies critical points at which there is mandatory contact with a physician responsible for the care of the patient. In addition, the time limits do not dictate how long a patient should remain in restraint or seclusion. Staff are expected to continuously assess and monitor the patient to ensure that the patient is released from restraint or seclusion at the earliest possible time. Staff should be continually attempting positive therapeutic interventions to assist the person being restrained or secluded to attain the behavioral criteria for release.

Restraint or seclusion may only be employed while the unsafe situation continues and the presence of imminent danger remains. Once the unsafe situation ends, the use of restraint or seclusion must be discontinued. The regulations explicitly state that the intervention must be ended at the earliest possible time, regardless of the length of time identified in the order. For example, if a patient's behavior is no longer violent or self- destructive 20 minutes after the intervention is initiated, then the restraint or seclusion must be discontinued, even if the order was given for up to 1 hour. If restraint or seclusion is discontinued prior to the expiration of the original order, a new order must be obtained prior to reinitiating the use of restraint or seclusion.

At the end of the time frame, if the continued use of restraint or seclusion to manage violent or self -destructive behavior is deemed necessary based on an individualized patient assessment, another order is required. When the original order is about to expire, a registered nurse must contact the physician, report the results of his or her most recent assessment and request that the original order be renewed (not to exceed the time limits established in the regulations). Whether or not an onsite assessment is necessary prior to renewing the order is left to the discretion of the physician in conjunction with a discussion with the registered nurse who is overseeing the care of the patient.

Each written order for restraint and seclusion must include documentation supporting its reasons for issuance, with specific identification of the actual behaviors involved; general characterizations of behavior shall not suffice to fulfill this requirement. The order must include criteria for early release, which must reason- ably be made known to the patient, and which permit staff to make objective appraisals as to when an attempt can be made to safely release the patient. Clinicians should be adept at identifying various behaviors and symptoms, and thus be able to readily recognize violent and self- destructive behavior that jeopardizes the immediate physical safety of the patient, a staff member, or others. Asking clinicians to act based on an evaluation of the patient's behavior is no different than relying on the clinical judgment that they use daily in assessing the needs of each patient and taking actions to meet those individual needs.

(c)(6) Initiation in the absence of a physician:

Restraint or seclusion may be initiated in the absence of a physician's written order only in situations where the patient presents an immediate danger to self or others and a physician is not immediately available to examine the patient, provided, however, that the restraint or seclusion must be initiated at the direction of a registered nurse, nurse practitioner, or physician's assistant who has been authorized by the facility to approve the use of restraint or seclusion in the absence of a physician or, in the absence of the nurse, nurse practitioner, or physician's assistant at the direction of the senior staff member authorized in facility policy to initiate restraint or seclusion

VOICEYE
voiceye.com

in the absence of such person, consistent with the following procedures:

- The nurse, nurse practitioner, or physician's assistant shall cause a physician to be immediately summoned and shall record the time of the call and the person contacted;

- If, when contacted, the physician cannot be on the ward, unit, or wing within 5 minutes, he/she may issue a telephone order to initiate restraint or seclusion to a registered nurse, nurse practitioner, or physician's assistant. It is the expectation that telephone orders to initiate restraint and seclusion will be issued sparingly. The nurse, nurse practitioner or physician's assistant will complete a telephone order and must note the time of the call, the name of the person making the call, the name of the physician who gave the order, and the name of the person or persons who initiated the restraint or seclusion.

- The physician who ordered initiation of the restrictive intervention via telephone order must authenticate the order in writing and assess the situation within 30 minutes. If the physician does not arrive within 30 minutes of being summoned, the nurse, nurse practitioner or physician's assistant shall record any such delay in the patient's clinical record and also place into the patient's clinical record a written description of the facts justifying the emergency intervention, which shall specify the nature of the intervention and any conditions for maintaining it until the arrival of the physician, the reasons why less restrictive forms of restraint or seclusion were not used, and a description of the steps taken to ensure the patient's comfort and safety;

- Pending the arrival of the physician the patient shall be kept under constant supervision;

- Upon arrival, but in no event later than 1 hour after the initiation of the intervention, such physician must immediately conduct a face-to-face examination of the patient, in accordance with applicable federal and state regulations, to evaluate the patient's immediate situation; the patient's reaction to the intervention; the patient's medical and behavioral condition; and the need to continue or terminate the restraint or seclusion.

- If the physician is not on site after being contacted within 30 minutes, the physician shall place in the clinical record an explanation for any delay.

- Mechanical restraint or seclusion should not be applied for longer than 30 minutes without a written authenticated order of a physician; and in no event should mechanical restraint or seclusion be applied for longer than 1 hour without a written authenticated order of a physician.

(c)(7) Assessment and Monitoring:

Ongoing assessment and monitoring of a patient's condition by a physician, registered nurse or other trained and competent staff is crucial for prevention of patient injury or death, as well as ensuring that the use of restraint or seclusion is discontinued at the earliest possible time. Facility policies are expected to guide staff in determining appropriate intervals to ensure continuous assessment and monitoring of a patient in restraint or seclusion to ensure his or her physical safety and condition. In addition, facility policies should address the assessment content (e.g., vital signs, circulation, hydration needs, elimination needs, level of distress and agitation, mental

VOICEYE
voiceye.com

status, cognitive function, skin integrity, etc.), and provide for nutritional needs, range of motion exercises, and mental status and neurological evaluations, consistent with the following:

- *Assessment*. An assessment of the patient's condition must be made at least once every 30 minutes, (or more frequently if so directed by the physician) after the initiation of restraint or seclusion. This assessment must be made by a registered professional nurse, nurse practitioner, or physician's assistant who is responsible for the care of the patient and who has been trained, and has demonstrated competency, in the use of restraint and seclusion. However, as a matter of best practice, it is recommended that a staff member who is trained and competent in the use of seclusion and restraint should assess the patient at the initiation of restraint or seclusion, at least every 15 minutes thereafter, and at any other time that it appears the patient is ready to be released, provided, however, that assessments with respect to the physical condition of a patient undergoing drug used as a restraint may be done more frequently in accordance with facility policy. Such assessment must include an assessment of the feasibility of releasing the patient from restraint or seclusion, including specific descriptions of the patient's behavior and the reasons for not releasing the patient from restraint or seclusion.

BEST PRACTICE GUIDANCE
THE POST RESTRAINT/SECLUSION "TO DO" LIST

Immediately after a patient has been placed in restraints or seclusion, the following steps are strongly encouraged:

- both patient's and staff members' immediate needs should be assessed (e.g., physical well-being, psychological comfort and patient's right to privacy);
- steps that need to be taken to return to the pre-crisis milieu should be identified;
- communication regarding the event should take place among the administration, unit staff, the family and the patient;
- steps should be commenced to begin to evaluate the need for emotional support, including, if necessary, treatment of trauma, for the patient, witnesses/observers and the staff involved; and if immediately indicated, the patient's treatment or individual crisis plan should be modified.

- *Monitoring*. Whenever a patient is restrained or secluded, a staff person shall be specifically

VOICEYE
voiceye.com

assigned to continuously monitor such person one-on-one. The staff person conducting such monitoring may be immediately outside a space in which a person is being secluded or restrained provided, that the staff person is in full view of the patient; and the staff person is able at all times to observe the patient and to have immediate physical access to the patient in order to respond to any emergency situation. The facility is responsible for providing the level of monitoring and frequency of reassessment that will protect the patient's safety.

The staff person should monitor a patient in restraint by being situated so that the staff person is able to hear and be heard by the patient and visually observe the patient at all times Staff must continually assist and support the patient, including monitoring physical and psychological status and comfort, body alignment, and circulation. It is also expected that staff will continue appropriate interventions designed to calm the patient throughout the episode of restraint or seclusion, and should maintain a log of the patient's specific behavior with respect to the early release criteria established in the physician's order.

Facilities have flexibility in determining which staff performs the patient assessment and monitoring. This determination must be made in accordance with the practitioner's scope of clinical practice under New York State law. For example, assessment and monitoring are activities within a registered nurse's scope of practice. However, other trained and competent staff may perform certain components of monitoring (e.g., checking the patient's vital signs, hydration and circulation, the patient's level of distress and agitation, or skin integrity) and may also provide for general care needs (e.g., eating, hydration, toileting and range of motion exercises). The regulations require that staff must be trained and able to demonstrate competency in the performance of these actions. When a patient is in a non-ambulatory mechanical restraint and under constant observation, any preferences expressed by him or her of the observing staff person should be honored when practicable and clinically appropriate.

(c)(8) Release:

Restraint or seclusion may only be employed while the unsafe situation continues. Once the unsafe situation ends, the use of restraint or seclusion must be discontinued. At no time shall the patient be kept in restraint or seclusion without a written order by a physician for a period exceeding 1 hour; however, it must be noted that it is the position of the federal Centers for Medicare and Medicaid Services that keeping a patient in restraint or seclusion beyond a period of 30 minutes is problematic. It should be noted that when a person is asleep, the unsafe situation has ended.

(c)(9) Documentation:

Documentation of episodes of restraint and/or seclusion must include a description of the patient's behavior and the intervention used; the rationale for the use of restraint and/or seclusion; and the patient's response to the use of restraint and/or seclusion.

(c)(10) Post Event Analysis and Debriefing Activities:

A facility must ensure that a post event analysis, including debriefing activities, occur after each episode of restraint or seclusion in order to determine what led to the incident, what might

VOICEYE
voiceye.com

have been prevented or curtailed it, and how to prevent future episodes. The scope and depth of the debriefing activities should be commensurate with the nature and duration of the intervention utilized, provided requirements established by the Centers for Medicare and Medicaid Services or the Joint Commission, when applicable, are met.

Information obtained from debriefing activities should be used in developing the post event analysis. Debriefing procedures must be identified in facility policies, and should include both staff and patient debriefing activities.

Documentation of all debriefing activities should follow standard protocols, be consistent

BEST PRACTICE GUIDANCE
STAFF DEBRIEFING ACTIVITIES

Supervisors and staff involved in an episode of restraint/seclusion must convene a debriefing, as soon as practicable after the event, which should include:

- ❑ identification of what led to the incident;
- ❑ assessment of alternative interventions that may have avoided the use of restraint or seclusion
- ❑ determination of whether the person's physical and psychological needs and right to privacy were appropriately addressed;
- ❑ consideration of counseling or treatment for the involved person and staff for any emotional or physical trauma that may have resulted from the event;
- ❑ consideration of whether a patient's legally authorized representative (if any), family members, or others should be notified of and/or involved in debriefing activities or offered counseling, consistent with applicable confidentiality laws;
- ❑ identification of any environmental precipitants of the restraint or seclusion episode;
- ❑ identification of needed refinements in the individual's plan of care or the need for additional assessments to better understand the factors underlying the behavioral problem related to the event
- ❑ consideration of whether additional supervision or training should be provided to the staff involved in the event;
- ❑ consideration of whether the event should be referred for senior administrative or clinical staff review.

WHAT QUESTIONS MIGHT BE ASKED?

1) What were the first signs that a crisis might be developing?
2) What de-escalation techniques were used?
3) What worked and what did not?
4) What could you do differently next time?
5) How could seclusion or restraint be avoided in this situation in the future?
6) What emotional impact does putting someone in restraints have on you?
7) What was your emotional state at the time of the escalation?

VOICEYE
voiceye.com

with national standards, and should be included in the clinical record, for use in treatment planning, revision of the individual crisis prevention plan (or similar document), and ongoing restraint and seclusion prevention efforts.

BEST PRACTICE GUIDANCE
PATIENT DEBRIEFING ACTIVITIES

As clinically appropriate, patient debriefing activities should take place as soon as possible (ideally, within 24 hours) after a patient's release from restraint or seclusion. The patient should be asked to comment on the episode, with respect to the circumstances leading up to it, actions of staff or others that may have helped to prevent it, the specific intervention used, and any physical or psychological effects he or she may be experiencing from the restraint or seclusion. Debriefing activities should be documented and included in the clinical record, to be used in treatment planning, revision of the individual crisis prevention plan (or similar document), and ongoing restraint and seclusion prevention efforts.

WHAT QUESTIONS MIGHT BE ASKED?

1) How can we better understand what you need(ed)?
2) What upset you most?
3) What did we do that was helpful?
4) What did we do that got in the way?
5) What can we do better next time?
6) Is there anything that you would do differently?

BEST PRACTICE GUIDANCE
POST EVENT ANALYSIS

The focus of a post event analysis should conceptually focus on the following inquiries:

1) Had a treatment environment been created where conflict was minimized (or not)?
2) Could the trigger for conflict (disease, personal, environmental) have been prevented (or not)?
3) Did staff notice and respond to events (or not)?
4) Was there an Individual Crisis Prevention Plan, was it followed, and was it useful?
5) Did the interaction/intervention occur at the earliest opportunity?
6) Did staff choose an effective intervention (or not)?
7) If the intervention was unsuccessful was another chosen (or not)?
8) Were all pertinent members of the treatment team involved in the de-escalation process (or not)?
9) Did staff order seclusion or restraint only in response to imminent danger (or not)?
10) Was seclusion or restraint applied safely (or not)?
11) Was the individual monitored safely (or not)?
12) Was individual released as soon as behavioral release criteria were met (or not)?
13) Did immediate post-acute event activities occur (or not)?

VOICEYE
voiceye.com

(c)(11) Education and training:

Facilities are required to provide a safe environment for patients in their care. When restraint or seclusion techniques are used, patients are placed at a higher risk of injury or even death. Facilities must require appropriate staff (all staff who apply restraint or seclusion, monitor access or provide care for a patient in restraint or seclusion) to receive education and training in the use of first aid techniques, a well as training and certification in the use of cardiopulmonary resuscitation.

Facilities are not required to use any particular recognized first aid course. Additionally, such courses may not adequately address the immediate interventions, the "first aid" that needs to be rendered to a restrained or secluded patient who is in distress or injured. The goal is for staff to be able to render the appropriate "first aid" required if a restrained or secluded patient is in distress or injured. Facility staff need to assess their patient population and identify likely scenarios, develop a first aid training that addresses these scenarios, and provide that "first aid" training to all staff that care for restrained or secluded patients.

In addition, all staff who have direct patient contact must have ongoing education and training, and must demonstrate competence, in the proper and safe use of seclusion and restraint application and techniques and alternative methods for handling behavior, symptoms, and situations that traditionally have been treated through the use of restraints or seclusion. The Office of Mental Health will make available information about training and education programs that have been approved by the Office for this purpose.

(c)(12) Policies and procedures:

Facilities which are authorized to utilize restraint or seclusion for purposes of managing violent or self-destructive behavior must have policies which clearly articulate restraint reduction as an organizational value, set forth the organization's intent to advance positive behavior management and restraint reduction efforts, and specify the conditions under which restraint and seclusion shall be used, and the procedures for the initiation of such use to manage violent, aggressive behavior that places the patient or others in danger.

BEST PRACTICE GUIDANCE
POLICIES AND PROCEDURES

Facility policies and procedures should:

- conform with the requirements set forth in federal and state regulations;
- encourage development and documented use of an individual crisis prevention plan, individualized calming plan, or similar document
- identify how patients will be informed of behavior criteria for the initiation and discontinuation of restraint and seclusion;
- specify who can initiate restraints or seclusion in an emergency prior to the receipt of a physician's written order, in accordance with Section 33.04 of the Mental Hygiene Law:

(continued on next page)

VOICEYE
voiceye.com

BEST PRACTICE GUIDANCE
POLICIES AND PROCEDURES (continued)

Facility policies and procedures should:

- identify how it will be ensured that staff are trained and competent in the safe and minimal use of restraint and seclusion;
- identify and address the need to prevent obstruction of airways during restraint;
- identify how it will be ensured that staff who are assigned monitoring duties of persons in restraint and/or seclusion are competent to assess physical and psychological signs of distress;
- address frequencies of assessment; assessment content, including but not limited to vital signs, circulation, hydration needs, elimination needs, level of distress and agitation, mental status, cognitive functioning, skin integrity; and provide for nutritional and elimination needs;
- address family notification of the initiation of restraint or seclusion, if the patient has granted permission for such notification and consistent with federal and state confidentiality laws and regulations;
- include procedures for a post event analysis, including debriefing of the staff and debriefing of the patient;
- provide for patient and family education on restraint and seclusion, and patient education on coping skills and managing aggression, which may be part of a facility or program's overall education policy; and
- ensure that staff are sensitized to the experience of being restrained or secluded.

(c)(13) Reporting.

The use of restraint and/or seclusion shall be reported to the Office of Mental Health as, and in a format, specified by the Office, including, but not limited to rate of restraint or seclusion use client injury rates related to restraint; and staff injury rates related to restraint. To implement these requirements:

- State operated programs and RTFs shall continue to report restraint and seclusion data in NIMRS, in the same frequency and format as has been used prior to the promulgation of the regulations.

- Article 28 and 31 hospitals shall continue to report data to The Joint Commission (TJC) in the format and frequency designated by TJC. Hospital-Based Inpatient Psychiatric Services (HBIPS) Measure Information Forms for HBIPS-2 (Restraint) and HBIPS-3 (Seclusion):

  https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2014A/MIF0117.html

VOICEYE
voiceye.com

https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2014A/MIF0118.html

- CPEPs have not previously reported restraint and seclusion data to an oversight agency. Guidance with respect to CPEP restraint and seclusion reporting to OMH is pending; CPEP providers shall be required to report at such time as this guidance document is revised to identify requisite form, format, and frequency.

In addition, any death that occurs while a patient is restrained or in seclusion to manage violent or self-destructive behavior, or where it is reasonable to assume that a patient's death is a result of such restraint or seclusion, or as otherwise set forth in applicable federal regulations, must be reported to the federal Centers for Medicare and Medicaid Services.

VOICEYE
voiceye.com

정신병원 격리·강박 실태조사

|인 쇄| 2015년 11월
|발 행| 2015년 11월
|발행처| 국가인권위원회
|주 소| (우)04551 서울시 중구 삼일대로 340 (저동 1가)
나라키움 저동빌딩 12층
http://www.humanrights.go.kr
|전 화| 장애차별조사2과 02-2125-9981
|F A X| 02-2125-0925
|제 작| 사)인권의학연구소 02-711-7588

ISBN 978-89-6114-449-0 93510 비매품

VOICEYE
voiceye.com

ISBN 978-89-6114-449-0 93510