노년기, 건강과 인권

노인인권 옹호자를 위한
인권교육교재

국가인권위원회

국가인권위원회

이 책은 신체적·정신적 쇠약함으로 타인의 돌봄에 전적으로 의존할 수밖에 없는 노년기에 시설 거주인 또는 환자로서 요양시설과 요양병원에서 생애 마지막 시기를 보내는 노인의 인권에 주목한다. 그러나 시설 또는 병원에서 발생하는 인권 문제에만 국한하지 않고 건강과 노인 돌봄 전반을 인권적인 관점에서 살펴봄으로써 우리 사회의 노인 요양에 대한 인식과 태도의 전환을 모색하고자 했다. 그래서, 다소 방대하지만, 건강권에 대한 개념적이고 규범적인 이해부터 요양 현장 종사자의 실천 영역까지 참고가 될 수 있는 국내외 자료를 수록하였다.

해외 인권 문헌 발간 기관

· 유엔인권최고대표사무소와 세계보건기구
· 유럽국가인권기구 네트워크
· 유럽안보협력기구 민주제도인권사무소

국내 집필진

· 김주경(춘천지방법원 강릉지원 판사)
· 임 준(서울시립대학교 도시보건대학원 교수)
· 장숙랑(중앙대학교 간호학과 교수)
· 배현아(이화여자대학교 법학전문대학원 교수)
· 가 혁(인천은혜요양병원 원장)
· 손덕현(이손요양병원 원장)

국가인권위원회
humanrights.go.kr

노년기, 건강과 인권

| 노인인권 옹호자를 위한 인권교육교재 |

국가인권위원회

노년기, 건강과 인권

노인인권 옹호자를 위한 인권교육교재

2021년 12월 31일 발행. 국가인권위원회에서 기획하고, 유엔인권최고대표사무소와 세계보건기구의 「Right to Health(건강권): Fact Sheet No. 31(유엔인권해설집 31)」, 유럽국가인권기구 네트워크의 「Application of International Human Rights Standard to Older Persons in Long-term Care」와 「Applying a HRBA to Long-term Care for Older Persons: A Toolkit for Care Providers」, 유럽안보협력기구 민주제도인권사무소의 「Guidelines on Human Rights Education for Health Workers」 등을 번역한 것으로, 원 저작물의 표지 및 본문 디자인이나 편집 등의 변경 사항이 있음을 참고하시기 바랍니다.

국가인권위원회는 서울특별시 중구 삼일대로 340(저동 1가) 나라키움 저동빌딩에 소재하고, 담당 부서는 인권교육기획과, 연락처는 02-2125-9852입니다. 표지 및 본문 디자인은 더브레인(The Brain), 인쇄는 상지사P&B에서 진행했습니다.

이 책은 교육교재이며, 국가인권위원회의 공식입장과 다를 수 있습니다.

이 책은 국가인권위원회가 저작재산권을 소유하지 아니한 저작물이므로 해당 저작권자의 허락 없이는 자유롭게 이용(무단 변경, 복제·배포, 상업적인 용도 사용 등)할 수 없습니다. 이 책은 비매품입니다.

ISBN 978-89-6114-870-2 03510

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

노년기, 건강과 인권

노인인권 옹호자를 위한
인권교육교재

국가인권위원회

머리말

"우리가 아기로서 삶을 시작할 때, 누군가가 우릴 돌봐줘야 생명을 유지할 수 있어... 그리고 나처럼 아파서 삶이 끝날 무렵에도, 누군가가 돌봐줘야 생명을 유지할 수 있어." 국내에서도 인기를 끌었던 『모리와 함께 한 화요일』에서 루게릭병으로 죽어가는 모리 교수가 한 말이다. 너무나도 당연한 말을 하는 듯 싶지만, 일상을 살펴보면 돌봄을 주고 받는 일이 그렇게 당연하지 않다. 돌봄 문제는 생애주기 전반에 걸쳐 발생하지만 인간 사회에서 주된 과업이 되지 못하고 언제나 부수적이고 주변적인 일로 처리되어 왔다. 최근에는 고령사회라는 인구학적인 구조와 맞물려 노년기 돌봄 문제가 사회적 부담이라고 노골적으로 언급되고 있기도 하다. 이런 상황이다 보니 타인에 대한 의존과 돌봄이 '인간의 근원적 특성'이라는 것을 강조하는 모리 교수의 말은 세상을 향한 절박한 호소로 들린다.

돌봄이, 주든 받든 간에, 기본적인 권리로서 받아들여지지 않는 상황에서 타인의 돌봄이 필요한 사람은 취약한 상황 속에서 인권 문제에 노출된다. 이 책은 특히, 신체적·정신적 쇠약함으로 타인의 돌봄에 전적으로 의존할 수밖에 없는 노년기에 시설 거주인 또는 환자로서 요양시설과 요양병원에서 생애 마지막 시기를 보내는 노인의 인권에 주목한다. 그러나 시설 또는 병원에서 발생하는 인권 문제에만 국한하지 않고 건강과 노인 돌봄 전반을 인권적인 관점에서 살펴봄으로써 우리 사회의 노인 요양에 대한 인식과 태도의 전환을 모색하고자 했다. 그래서, 다소 방대하지만, 건강권에 대한 개념적이고 규범적인 이해부터 요

양 현장 종사자의 실천 영역까지 참고가 될 수 있는 국내외 자료를 수록하였다. 이 책의 구성은 다음과 같다.

Part 1에서는 건강권에 대한 개념적 이해를 높이기 위하여 국제인권조약과 헌법 상 규정을 살펴보고, 이어서 한국의 보건의료체계를 분석하고 있다. 제1장은 건강권 관련 유엔 인권해설집을, 제2장과 제3장은 국내 건강권 보장 관련 헌법개정과 보건의료체계 개선에 관한 논의를 담고 있는 학술 논문을 수록하였다. 이를 통해 한국 사회 건강권 보장을 위해서 국제사회의 기준들을 확인하면서 국내 법체계 및 제도 개선에 대한 지속적인 탐색과 노력이 필요하다는 점을 강조하고자 하였다.

Part 2는 요양시설과 요양병원에서 장기요양 중인 노인의 인권을 중점적으로 다루었다. 제1장에서는 유럽국가인권기구 네트워크의 작업을 번역한 것으로 요양 노인의 인권을 보장하는 데 있어 기준으로 삼을 수 있는 국제인권조약 또는 문서를 제시하고 있다. 비록, 장기 요양 노인만을 위한 국제 기준은 정립되어 있지 않으나 요양 노인에게 적용할 수 있는 인권 기준들을 찾아내고 정리해내는 유럽국가인권기구 네트워크의 노력은 국내에 시사하는 바가 크다. 제2장에서는 한국 사회에서 노년기에 두드러지게 나타나는 건강 불평등에 주목하며 노인이 처한 건강과 돌봄 조건을 비판적으로 분석했다. 제3장에서는 국내 요양

병원 환경에서 주요하게 제기되는 노인 인권 이슈를 다루었다.

Part 3에서는 요양 현장에서 시설장 및 요양보호사 등 요양제공자의 실천에 참고할 수 있는 자료를 수록하였다. 제1장은 유럽국가인권기구 네트워크가 발간한 자료로, 요양제공자가 노인 요양 현장에 인권 관점을 적용할 수 있는 방법을 소개하였다. 제2장은 국내 요양병원의 실천사례로서 위마니튀드 운동과 존엄케어를 소개한다. 제3장은 보건의료종사자를 대상으로 한 인권교육 지침으로 유럽안보협력기구 민주제도인권사무소가 발간한 자료를 번역했다. 보건의료 분야에서 인권교육을 계획하고 이행할 때 참고할 수 있는 자료이다.

이 책의 발간을 위해 많은 분이 도움을 주셨다. 건강권 관련 중요한 학술 논문을 수록할 수 있도록 허락해주신 김주경 판사님과 임준 교수님, 국내 보건의료환경에서 노인이 처한 돌봄 인권 문제를 집필해주신 장숙랑 교수님, 2020년도 노인 환자의 인권 교재 연구를 정리 및 감수하여 주신 배현아 교수님께 감사드린다. 또한 요양병원 현장에서 인권적인 실천을 위해 항상 노력하고 그 소중한 경험을 나눠주신 가혁 은혜병원 원장님과 손덕현 이손요양병원 원장님께도 깊은 감사를 드린다. 이외에도 외국 문헌에 대한 번역, 편집 및 인쇄 작업에 있어 많은 애를 써주신 분들께도 감사드린다.

KOR
국가인권위원회
humanrights.go.kr

목차

머리말 • 4

PART 1. 건강권 이해 • 12

| 제 1 장 | 건강권이란? • 15

유엔인권최고대표사무소와 세계보건기구

서론 ····· 16

1. 건강권이란? ····· 17

2. 건강권을 특정 집단에 어떻게 적용할 것인가? ····· 27

3. 국가에 부과되는 의무와 건강권에 대한 다른 자의 책임 ····· 39

4. 건강권 모니터링과 국가에 책임 지우기 ····· 48

부록: 건강권 관련 선택된 국제문서 및 기타 문서(연대순) ····· 57

| 제 2 장 | 헌법 상 건강권의 개념 및 그 내용 • 65

김주경(춘천지방법원 강릉지원 판사)

1. 문제의 제기 ····· 66

2. 헌법 상 건강권을 인정하기 위한 헌법규정 ····· 67

3. 건강의 개념 ····· 72

4. 헌법 상 건강권의 내용 ····· 82

| 제 3 장 | 한국 사회경제의 구조와 보건의료 • 109

임 준(서울시립대학교 도시보건대학원 교수)

1. 서론 ····· 110

2. 한국 사회경제 구조의 변화와 보건의료 개혁의 필요성 ····· 114

3. 자원의 불균등 분포와 건강 불평등의 심화 ····· 121
4. 보건의료 공공성 담론의 전환과 개혁 방향 ····· 132
5. 결론 ····· 145
참고문헌 ····· 151

PART 2. 노인환자의 인권 • 156

| 제 1 장 | 장기 요양 노인에 대한 국제 인권 기준의 적용 • 159

유럽국가인권기구 네트워크

보고서 개요 ····· 160
1. 서문 ····· 164
2. 국제 인권 프레임워크 ····· 164
3. 노인 인권과 장기 요양 ····· 167
4. 결론 ····· 197
부록 1: 국제 인권 프레임워크 ····· 198
부록 2: 유럽국가인권기구 네트워크 회원국의 인권 조약 비준 ····· 212
부록 3: 관련 인권 기준 ····· 213

| 제 2 장 | 한국 사회, 노인 환자의 돌봄 • 219

장숙랑(중앙대학교 간호학과 교수)

1. 노인환자의 사회적 의미 ····· 220
2. 한국의 의료정책과 의료체계 ····· 225
3. 보편적 인권으로서의 노인 돌봄 ····· 237
참고문헌 ····· 252

| 제 3 장 | 노인 환자의 인권 이슈 • 261

배현아(이화여자대학교 법학전문대학원 교수)

1. 노인 환자의 존엄과 가치 ····· 262
2. 행복을 추구할 권리 ····· 269
3. 차별금지와 평등할 권리 ····· 281
4. 자유로울 권리 ····· 285
5. 양질의 의료 서비스를 제공받을 권리 ····· 302
6. 불필요한 고통을 피할 권리 ····· 306

PART 3. 인권실천과 인권교육 • 308

| 제 1 장 | 노인 장기요양에 대한 인권 관점의 적용: 요양 제공자를 위한 도구들 • 311

유럽국가인권기구 네트워크

보고서 개요 ····· 312
감사의 말 ····· 314
1. 서문 ····· 316
2. 배경 ····· 317
3. 인권이란 무엇인가? ····· 319
4. 인권기반 접근법이란? ····· 325
5. 인권기반 접근법의 논리적 근거 ····· 333
6. 장기요양시설에서의 인권기반 접근법 이행 ····· 334
7. 요약과 결론 ····· 349
부록: 관련 인권 기준 ····· 351

| 제 2 장 | Ⅰ. 노인 요양현장에서의 인권 실천 사례: 위마니튀드 운동 • 357

가 혁(인천은혜요양병원 원장)

1. 치매환자를 대하는 바람직한 마음가짐과 태도 ····· 358
2. 치매환자를 이해하기 위한 포인트 ····· 358
3. 위마니튀드(Humanitude) 기법 ····· 359
4. 노인이 말하지 않는 것들 ····· 363
5. 요양병원 사례 ····· 364

참고문헌 ····· 367

Ⅱ. 노인 요양현장에서의 인권 실천 사례: 존엄케어, 4무 2탈 • 369

손덕현(이손요양병원 원장)

1. 노인인권과 요양병원 존엄케어 4무 2탈 ····· 370
2. 맺으면서 ····· 376

| 제 3 장 | 보건의료 종사자를 위한 인권교육 지침 • 379

유럽안보협력기구 민주제도인권사무소

감사의 말 ····· 380

서문 ····· 383

도입 ····· 385

1. 전반적 과정 및 목표 ····· 394
2. 핵심 역량 ····· 396
3.커리큘럼 ····· 408
4. 교육 및 학습 절차 ····· 410
5. 평가 ····· 413
6. 교육자를 위한 교육, 전문적 개발 및 지원 ····· 417

자료 ····· 421

PART 1

건강권 이해

국가인권위원회
humanrights.go.kr

| 제 1 장 |
건강권이란?

| 제 2 장 |
헌법 상 건강권의 개념 및 그 내용

| 제 3 장 |
한국 사회경제의 구조와 보건의료

PART 1

건강권 이해

국가인권위원회
humanrights.go.kr

| 제 1 장 |

건강권이란?

유엔인권최고대표사무소와 세계보건기구

서론

1. 건강권이란?

2. 건강권을 특정 집단에 어떻게 적용할 것인가?

3. 국가에 부과되는 의무와 건강권에 대한 다른 자의 책임

4. 건강권 모니터링과 국가에 책임 지우기

부록: 건강권 관련 선택된 국제문서 및 기타 문서(연대순)

이 문서의 원 제목은 "The Right to Health"이며, 유엔인권최고대표사무소(OHCHR)와 세계보건기구(WHO)가 공동으로 출간한 유엔인권해설집(Human Rights Fact Sheet) 제31권을 국가인권위원회가 번역하였음을 밝힙니다. 이 책에 실린 문서는 비공식적인 번역물로서 번역에 따르는 책임은 전적으로 국가인권위원회에 있습니다.

서론

인간으로서 우리의 건강과 우리가 아끼는 사람들의 건강은 일상적인 관심사이다. 우리의 연령, 성별, 사회경제적 또는 인종적 배경을 불문하고, 우리는 건강을 우리의 가장 기본적이고 중요한 자산으로 여긴다. 한편 건강이 좋지 않으면 통학 또는 통근을 할 수 없고, 가족 부양 책임을 이행할 수 없거나 지역사회 활동에 전적으로 참여할 수 없다. 같은 맥락에서, 우리와 가족에게 더 길고 더 건강한 삶이 보장될 수 있다면 우리는 기꺼이 많은 희생을 할 의향이 있다. 즉, 우리가 행복을 얘기할 때는 건강을 염두에 두는 경우가 많다.

건강권은 우리의 인권에서뿐 아니라 존엄한 삶에 대한 우리의 인식에서도 가장 기본적인 부분을 차지한다. 건강권의 원래 명칭인 *도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 향유할 권리*는 새로운 것이 아니다. 이 권리는 전 세계적으로 1946년 세계보건기구(WHO) 헌장에 처음 명시되었으며, 동 헌장의 전문에서는 건강을 "단순히 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라 완전한 신체적, 정신적, 사회적 안녕 상태"라고 정의한다. 동 전문은 또한 "도달 가능한 최고 수준의 건강 향유는 인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 또는 사회적 조건의 차이에 상관없이 모든 사람의 기본적 권리 중 하나이다"라고 언급한다.

1948년 세계인권선언도 건강을 적합한 생활수준을 누릴 권리(제25조)의 일부로 언급하였다. 건강권은 1966년 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약에서 인권으로 다시 인정되었다.

그 이후, 기타 국제인권조약은 건강권을 인정 또는 언급하거나 의료권 같은 건강권 요소를 언급하였다. 건강권은 모든 국가와 관련된다. 모든 국가는 건강권을 인정하는 한 개 이상의 국제인권조약을 비준하였다. 또한 각국은 국제선언 및 국내 법령과 정책을 통해서 그리고 국제 회의에서 이러한 권리의 보호를 약정하였다.

최근 몇 년 동안, 예를 들어 인권조약 모니터링 기구와 세계보건기구 및 인권위원회(현재는 인권이사회)는 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 권리에 점점 더 많은 관심을 기울이고 있고, 2002년에는 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 향유할 모든 이의 권리에 관한 특별보고관의 권한을 신설하였다. 이 제도는 건강권의 성격 및 달성 방법을 명확히 하는 데 도움이 되었다.

본 해설집은 건강권이 어떤 의미가 될 수 있거나 되어야 하는지에 대한 다수의 계획 및 제안 속에서 국제인권법에서의 현 상태의 건강권을 규명하고자 한다. 따라서 본 해설집은 관련 사안의 완전한 목록을 제공하거나 그러한 사안과 관련된 구체적 기준의 식별을 목표로 하지 않는다.

본 해설집은 건강권이 무엇인지에 대하여 설명하고 특정 개인과 단체에 건강권이 미치는 영향을 상세히 설명하면서 시작한 다음, 건강권과 관련된 각국의 의무를 상술한다. 본 해설집은 국가적, 지역적, 국제적 책임 및 모니터링 제도를 개관하면서 마무리된다.

1. 건강권이란?

가. 건강권의 핵심 특징[1]

● **건강권은 포괄적인 권리이다.** 우리는 흔히 건강권하면 보건의료에 대한 접근과 병원 건설을 연상한다. 이는 적절하지만 건강권의 범위는 더욱 확대된다. 여기에는 건강한 삶을 영위하도록 도움을 줄 수 있는 다양한 요인들이 포함된다. 경제적, 사회적 및 문화적 권리에

1) 건강권의 이러한 특징과 다른 중요한 특징이 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회가 채택한 건강권에 관한 일반논평 14호(2000)에 명시되어 있다.

관한 국제규약[2]의 이행 사항을 모니터링하는 책임 기구인 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회는 이러한 요인을 "기본적인 건강결정요인"이라 부른다. 다음 내용이 이에 포함된다.

- 안전한 식수와 적절한 위생
- 안전한 식품
- 적절한 영양 섭취와 주거
- 건강한 근로와 환경 조건
- 건강 관련 교육과 정보
- 젠더 평등

● **건강권에는 여러 자유가 포함된다.** 이러한 *자유*에는 의학 실험과 연구 또는 강제 불임 등의 동의하지 않는 치료로부터 자유로울 권리, 그리고 고문 및 그 밖의 잔혹한, 비인도적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌로부터 자유로울 권리가 포함된다.

● **건강권에는 여러 권리가 포함된다.** 이러한 *권리*는 다음과 같다.

- 모든 사람에게 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 공평한 기회를 제공하는 건강보장제도에 대한 권리
- 질병 예방·치료·통제에 대한 권리
- 필수 의약품에 대한 접근
- 모성·아동·생식 건강
- 기본적인 보건서비스에 대한 공평하고 시기적절한 접근
- 건강 관련 교육 및 정보 제공
- 국가와 지역사회 수준의 건강 관련 의사결정에의 주민 참여

2) 이 규약은 1966년 12월 16일자 결의 2200A(XXI)로 유엔총회에서 채택되었다. 이 규약은 1976년에 발효되었고 2007년 12월 1일 기준 157개국이 비준하였다.

● **어떤 차별도 없이 모든 사람에게 보건서비스, 재화 및 시설을 제공하여야 한다.** 비차별은 인권의 핵심 원칙으로 도달 가능한 최고 수준의 건강권을 향유함에 있어 핵심이다 (비차별 관련 부분 참조).

● **모든 서비스와 재화, 시설은 이용 가능하고, 접근 가능하며 수용 가능하며 양질이어야 한다.**

- 제대로 기능하는 공중보건 및 보건의료 시설과 재화, 서비스가 국가 내에서 충분하게 *이용 가능*해야 한다.
- 이들 요소는, 비용뿐만 아니라 비차별 차원에서, 물리적으로 *접근 가능*해야 한다 (아동, 청소년, 노인, 장애인, 기타 취약 계층을 포함한 모든 인구군이 안전하게 접근할 수 있는 방식으로). 접근 가능성은 또한 (장애인을 포함한 모두가) 접근할 수 있는 방식으로 건강 관련 정보를 찾고 받으며 전달하는 권리를 의미하지만, 개인의 건강 정보가 비밀로 처리되어야 하는 권리를 손상시키지 않는다.
- 시설, 재화 및 서비스는 또한 의료 윤리를 존중해야 하며, 성인지적이고 문화적으로 적합해야 한다. 다시 말해, 이들 요소는 의학적으로나 문화적으로 *수용 가능*해야 한다.
- 최종적으로, 이들 요소는 과학적으로나 의학적으로 적합하고 *양질*이어야 한다. 특히 이를 위해서는 훈련된 보건 전문가, 과학적으로 승인되고 유효기간도 미경과된 의약품과 병원 장비, 적절한 위생과 안전한 식수가 필요하다.

나. 건강권에 대한 잘못된 통념

● **건강권은 *건강할 권리*와 동일하지 않다.** 국가가 사람들의 양호한 건강상태를 보장

해야 한다는 것은 잘못된 통념이다. 하지만 양호한 건강상태는 개인의 생물학적 구조와 사회경제적 조건과 같은 국가의 직접적 통제에서 벗어난 여러 요인에 영향을 받는다. 오히려 건강권은 그 실현에 필요한 다양한 재화와 시설, 서비스 및 조건을 향유할 권리를 의미한다. 그렇기 때문에 건강권은 건강할 무조건의 권리라기보다는, *도달 가능한 최고 수준*의 신체적, 정신적 건강을 향유할 권리로 기술하는 것이 더 정확하다.

● **건강권이 비단 장기적 차원에서 달성해야 하는 계획에 따른 목표인 것만은 아니다.** 건강권이 가시적인 계획에 입각한 목표가 되어야 한다는 사실이 그로부터 즉각적인 국가의 의무가 발생하지 않는다는 의미는 아니다. 사실 국가는 즉시 건강권을 실현하고 그 방향으로 조치를 취하기 위해 가용 자원 내에서 가능한 한 모든 노력을 기울여야 한다. 자원의 제약에도 불구하고, 여느 인권과 마찬가지로 일부 의무는 즉각적인 효과를 지니는데, 그 예로 건강권의 완전한 실현을 향해 비차별적인 방식으로 건강권을 보장하겠다는 약속, 특정 입법과 실행 계획 또는 기타 유사한 대책 마련을 들 수 있다. 국가는 필수 약품, 모성과 아동의 보건서비스와 같은 보건권의 필수적인 물질적 요소에 대한 최소한의 접근을 보장해야 한다(보다 상세한 내용은 제3절 참조).

● **국가의 경제 상황이 어렵다고 해서 건강권 실현을 위한 조치를 취하여야 하는 의무가 면제되지는 않는다.** 재정 형편이 힘든 국가는 이 권리를 실현하기 위한 조치를 취할 의무가 없거나, 이 의무를 무기한 연기할 수 있다는 주장이 제기되는 경우가 자주 있다. 특정 국가에서 이 권리가 이행된 수준을 생각할 때에는, 해당 시점의 자원 가용성과 발전 상황이 고려되어야 한다. 그럼에도 불구하고 어떤 국가도 자원 부족이라는 이유로 이 의무를 준수하지 못했다는 사실을 정당화할 수 없다. 국가는 가용 자원이 빠듯한 상황이라 해도 이 자원을 최대한 이용하여 건강권을 보장하여야 한다. 어떤 조치를 취할지는 특정 맥락

에 좌우되지만, 모든 국가는 존중, 보호, 이행 의무를 수행하는 방향으로 움직여야 한다 (보다 상세한 내용은 42쪽 참조).

다. 건강권과 다른 인권 간의 연관성

인권은 상호 의존적이며 불가분하고 상호연관적이다.[3] 이는 건강권이 침해되면 흔히 교육권, 노동권 등 다른 인권의 향유가 저해되고, 그 반대도 마찬가지라는 의미이다.

"기본적인 건강결정요인", 즉 보건서비스, 재화 및 시설을 뛰어넘어 건강권을 보호하고 증진하는 요인과 조건에 부여되는 중요성은 건강권이 기타 다수 인권의 실현에 좌우되면서도, 그 실현에 기여한다는 사실을 보여준다. 이러한 기타 인권에는 식량, 물, 적절한 생활 수준, 적절한 주거, 차별로부터의 자유, 사생활, 정보 접근, 참여에 관한 권리 및 과학의 진보와 그 응용의 혜택을 향유할 권리 등이 있다.

건강권과 물에 대한 권리 간의 관계

불건강(ill health)은 안전하지 않은 물 섭취 또는 접촉, 깨끗한 물 부족(부적절한 위생으로 연결됨), 정화시설 결여, 그리고 농업 등에서의 수자원과 수계 부실 관리와 연관된다. 전 세계 대부분의 설사 질환은 안전하지 않은 물과 공중 위생 및 개인 위생에서 비롯된다. 2002년 이 세 가지 요인에 기인한 설사로 전 세계 사망자(150만 명) 중 대략 2.7%에 해당하는 사망자가 발생하였다.[4]

빈곤의 맥락에서 권리의 상호의존성이 쉽게 관찰된다. 빈곤 계층의 경우, 자신의 건강이 노동권 또는 교육권 등 기타 경제적, 사회적 권리를 행사하기 위해 활용할 수 있는 유일한 자산일 수 있다. 신체적 건강과 정신적 건강이 갖춰지면 성인은 노동을 할 수 있고, 아

3) 1993년 6월 14일~25일 비엔나에서 개최된 세계인권대회에서 채택된 비엔나 인권선언 및 행동계획(A/CONF.157/23) 참조.
4) 세계보건기구, 「물과 공중 위생 및 개인 위생: 물 공급과 위생이 미흡한 국가에서 나타나는 전국적, 지역적 차원의 건강상 영향 정량화 연구」, 《환경성 질병부담 시리즈》, 15호(제네바, 2007).

동은 학습 활동을 할 수 있는 반면, 불건강 상태는 개인 자신에게뿐 아니라 이들을 돌봐야만 하는 자에게 부담이 된다. 반대로, 개인의 건강권은 이들의 다른 권리의 실현 없이는 달성할 수 없다. 근로권, 식량권, 주거권, 교육권, 비차별 원칙 같은 다른 권리에 대한 침해가 바로 빈곤의 근원이 된다.

라. 비차별 원칙을 건강권에 어떻게 적용할 것인가?

차별이란 다양한 이유를 근거로 인권과 기본적 자유를 인식, 향유 또는 행사하는 것을 저해하거나 무효화하는 효과 또는 목적을 지니는 모든 구별, 배제 또는 제한을 의미한다. 차별은 특정 인구군의 소외와 관련 있고, 사회에서 근본적인 구조적 불평등의 일반적인 원인이기도 하다. 이로 인해 결과적으로 이들 집단은 빈곤과 불건강에 더욱 취약해질 수 있다. 전통적으로 차별받고 소외된 집단이 불합리할 정도로 과도한 건강 문제를 겪는다는 사실은 놀랍지 않다. 예를 들어, 일부 사회에서 소수 민족 집단과 원주민들은 일반 인구군과 비교해 볼 때, 더 적은 보건서비스를 향유하고, 더 적은 건강 정보를 제공받으며, 적절한 주거와 안전한 식수를 확보할 가능성이 더 낮고, 아동 사망률은 더 높으며, 이 아동들이 보다 심각한 영양실조에 시달린다는 것이 연구 결과로 드러났다.

차별이 미치는 영향은 가령, 한 개인이 성별과 *더불어* 인종 또는 국적 또는 연령을 근거로 한 차별 등을 겪을 때, 가중된다. 예를 들어, 많은 지역에서 원주민 여성은 일반 인구군에 비해 더 보건·생식 서비스와 정보를 더 적게 얻고, 신체적, 성적 폭력에 더 취약하다.

비차별과 평등은 기본적인 인권 원칙이며 건강권의 핵심 구성요소이다. 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(제2조 제2항)과 유엔아동권리협약(제2조 제1항)은 차별의 사유로 인종, 피부색, 성별, 언어, 종교, 정치적 또는 기타 의견, 민족적·사회적 출신, 재산,

장애, 태생, 신분 등을 대략적으로 명시한다. 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회에 따르면, "신분 등"에 건강 상태(HIV/AIDS) 또는 성적 지향이 포함될 수 있다. 국가는 모든 사유로 인한 차별을 금지하고 철폐해야 할 의무와, 보건의료에 대한 접근과 기본적인 건강결정요인과 관련하여 모두에게 평등을 보장할 의무가 있다. 모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약(제5조)은 또한 국가가 인종 차별을 금지하고 철폐하여야 하며, 공중 보건의료와 의료에 대한 모든 사람의 권리를 보장하여야 한다고 강조한다.

비차별과 평등이 더 나아가 시사하는 바는 국가가 사망률이나 특정 질병에 대한 취약성이 더 높은 집단에 대해 이 집단의 다름과 특정한 필요사항을 인정하고 책임져야 한다는 점이다. 비차별 보장의 의무를 이행하려면 여성, 아동 또는 장애인 등의 특정 인구군에 적용하게 될 구체적인 보건 기준이 반드시 필요하다(제2절 참조). 특정 집단의 사람들이 당사국 또는 민간의 활동에 의해 지속적인 차별을 받아왔을 때는 특히 적극적인 보호 조치가 필요하다.

동일한 맥락에서 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회는 건강과 관련된 법률상 또는 실제 차별로부터 사회 취약 계층을 보호하기 위한 조치의 부재는 결코 정당화될 수 없다는 입장을 분명히 하였다. 따라서 어려운 시기일지라도 사회 취약 계층은 상대적 저비용 특화 프로그램 채택 등을 통해 보호받아야 한다.[5]

소외 질병: 건강권 사안의 다양한 면모

소외 질병은 심각한 장애를 일으키거나 생명을 위협하는 질병으로 이에 대한 치료 방법이 불충분하거나 존재하지 않는다. 이러한 질병에는 리슈마니아증(흑열병), 회선 사상충(강변실명증), 샤가스병, 한센병, 주혈흡충증(빌하르츠), 림프사상충증, 아프리카 트리파노소마증(수면병), 뎅기열이 포함되며, 말라리아와 결핵도 흔히 소외 질병으로 간주된다.[6]

5) 일반논평 14호18문.
6) 하지만 소외 질병은 부유한 국가와 저소득 국가 모두에서 발생하고 이에 대한 국제적 관심과 치료 방법이 최근 몇 년 사이 급격히 증가하였다(롤백 말라리아 파트너십, http://www.rbm.who.int 등 참조).

소외 질병과 인권 간에는 분명한 연관성이 있다.

- 소외 질병은 저소득국가의 농촌과 빈곤이 만연한 환경에서 가난하고 소외된 인구군에 거의 전적으로 영향을 미친다. **기본적인 건강결정요인**을 보장하는 것이 결과적으로 소외 질병 발병을 줄이는 핵심이다.
- **차별**은 소외 질병의 원인인 동시에 결과이다. 예를 들어, 소외 질병에 걸린 환자는 차별로 인해 애초에 도움과 치료를 요청하지 못한다.
- 소외 질병을 치료하는 **필수 약품**은 주로 입수할 수 없거나 불충분하다(구할 수 있는 경우라도, 독성이 있을 수 있다).
- **보건 개입과 연구 개발**은 오랜 기간 불충분했고 자금 부족 상태가 계속되었다(최근 몇 년 동안 상황이 변하면서 진행 중인 신약 개발 프로젝트가 늘어나기는 함).[7] 연구 개발과 국제협력을 통해 신약, 백신, 진단 도구의 개발을 증진할 의무가 국가에 부여된다.

마. 국제인권법 상의 건강권

도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리는 국제인권법에서 인정되는 인권이다. 건강권 보호를 위한 핵심 규범으로 널리 알려진 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약은 "모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 향유할 권리를 가진다"고 인정한다. 동 규약이 그동안 흔히 무시되어온 정신적 건강을 신체적 건강과 함께 동등하게 고려한다는 점에 주목할 필요가 있다.

경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 제12조

1. 이 규약의 당사국은 모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 향유할 권리를 가지는 것을 인정한다.
2. 이 규약의 당사국이 동 권리의 완전한 실현을 달성하기 위하여 취할 조치에는 다음 사항을 위하여 필요한 조치가 포함된다.

   (a) 사산율과 유아사망률의 감소 및 어린이의 건강한 발육
   (b) 환경 및 산업 위생의 모든 부문의 개선
   (c) 전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방, 치료 및 통제
   (d) 질병 발생 시 모든 사람에게 의료와 간호를 보장할 여건의 조성

7) 메리 모란 외, 『소외 질병 신약 개발의 새로운 지형』(런던정치경제대학교와 웰컴 트러스트, 2005).

이후의 국제·지역 인권 규범은 다양한 방식으로 건강권을 다루고 있다. 일부는 보편적으로 적용되는 규약도 있고, 여성 또는 아동 등 특정 집단의 인권을 다룬 규약도 있다.

건강권을 인정하는 국제인권조약

- 1965년 모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약 제5조 제(e)호 제(iv)목
- 1966년 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 제12조
- 1979년 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약 제11조 제1항 제(f)호, 제12조, 제14조 제2항 제(b)호
- 1989년 아동권리협약 제24조
- 1990년 모든 이주노동자와 그 가족의 권리보호에 관한 국제협약 제28조, 제43조 제1항 제(e)호, 제45조 제1항 제(c)호
- 2006년 장애인권리협약 제25조

더욱이, 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약과 모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약, 아동권리협약의 이행 사항을 모니터링하는 조약기구는 건강권과 건강 관련 사안에 관한 일반논평과 일반권고를 채택하였다. 이러한 논평과 권고는 조약 규정에 대한 상세한 유권 해석을 제공한다.[8] 일차보건의료에 대한 국제회의(알마아타 선언 채택),[9] 유엔 새천년선언과 새천년개발목표,[10] HIV/AIDS에 관한 약속 선언[11] 등 다양한 회의와 선언문 역시 건강권과 관련 있는 공중보건의 다양한 측면을 규명하는 데 도움을 주었고, 건강권 실현 의지를 재차 확인하였다.

알마아타 선언(1978)

알마아타 선언은 지역사회의 주요 건강문제를 다루며, 이에 따라 건강증진, 예방, 치료, 재활 서비

8) 이러한 조약 기구들에 대한 보다 상세한 내용은 해설집 제30권 참조.
9) 알마아타 선언은 1978년 9월 소련사회주의연방공화국(USSR) 알마아타에서 개최된 일차보건의료에 대한 국제회의에서 채택되었다.
10) http://www.un.org/millenniumgoals/ 참조.
11) 2001년 7월 27일자 총회 결의 S-26/2.

스를 제공하는 일차보건의료의 주요 역할을 확인한다(제VII조). 또한 일차보건의료에 대한 접근이 모든 사람에게 있어 사회·경제적으로 생산적인 삶을 영위할 수 있는 건강 수준을 달성하고(제V조), 도달 가능한 최고 수준의 건강 실현에 기여하는 핵심이란 사실을 강조한다.

건강권은 여러 지역 차원의 법률 문서에서도 인정되고 있으며, 대표적으로 인간과 인민의 권리에 관한 아프리카 헌장(1981), 일명 산살바도르 의정서로 알려진 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 미주인권협약 추가의정서(1988), 유럽사회헌장(1961년, 1996년 개정) 등을 들 수 있다. 미주인권협약(1969) 및 인권과 기본적 자유의 보호를 위한 유럽협약(1950)에는 생명권, 고문과 그 밖의 잔혹한, 비인도적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌의 방지, 가족과 사생활에 관한 권리 등 건강과 관련된 규정이 포함되어 있다.

마지막으로, 건강권 또는 보건의료권은 적어도 115개국 헌법에서 인정하고 있다. 적어도 6개국의 다른 헌법에서는 보건서비스 마련 또는 이를 위한 구체적인 예산 할당의 의무를 국가에 부여하는 등 건강과 관련된 의무를 규정하고 있다.

선택된 국가헌법에 규정된 건강권과 보건 의무

남아프리카공화국 헌법(1996)

제II장 제27절: 보건의료, 식품, 물, 사회보장

(1) 모든 사람은 다음에 접근할 권리를 가진다.

a. 생식 보건의료를 포함한 보건의료서비스
b. 충분한 식품과 물 […]

(2) 국가는 가용 자원의 범위 내에서 이러한 각각의 권리를 점진적으로 실현하기 위해 적절한 입법 및 기타 조치를 취하여야 한다.

(3) 누구도 응급치료를 거부당할 수 없다.

인도 헌법(1950)

제IV부 제47조는 영양 상태와 생활 수준을 높이고 공중보건을 향상시켜야 하는 국가의 의무를 명시한다. "국가는 국민의 영양 상태와 생활 수준의 향상과 공중보건 개선을 기본적 의무로 여겨야 한다…"

에콰도르 헌법(1998)

제IV장: 경제적, 사회적 및 문화적 권리 제42조: "국가는 공평과 보편성, 결속력, 질과 효율성의 원칙에 따라 식량안보 강화, 식수와 기본적인 위생 제공, 건강한 가족·노동·지역사회의 환경 증진, 보건서비스에 대한 영구적이고 끊임없는 이용을 통해 건강권과 건강의 증진 및 보호를 보장한다."

2. 건강권을 특정 집단에 어떻게 적용할 것인가?

아동, 여성, 장애인 또는 HIV/AIDS 감염인 등 일부 집단이나 개인은 건강권과 관련하여 특정한 장애물에 직면할 수 있다. 이러한 장애물은 생물학적 요인이나 사회경제적 요인, 차별과 낙인, 또는 일반적으로 이러한 요인들이 서로 결합한 결과로 발생한다. 건강을 인권으로 간주할 때 다양한 개인과 사회 속 개인들의 집단, 특히 취약 계층에 각별한 관심을 기울여야 한다. 이와 마찬가지로 국가는 특정 개인과 집단이 차별받지 않도록 적극적인 조치를 취하여야 한다. 예를 들어, 국가는 주로 대다수 집단에게 혜택을 주는, 겉으로는 중립적인 법과 제도를 수동적으로 허용하기 보다는, 보건 법과 정책을 세분화하여 지원이 가장 필요한 이들에 맞추어 조정하여야 한다.

건강권과 관련한 기준이 사실상 어떤 의미를 지니는지 설명하기 위해 이 장에서는 여성, 아동과 청소년, 장애인, 이주민 및 HIV/AIDS 감염인 등의 집단에 초점을 두고 있다.

가. 여성

여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약 제12조

1. 당사국은 남녀평등의 기초 위에 가족계획과 관련된 것을 포함한 보건의료서비스의 혜택을 확보하기 위하여 보건 분야에서의 여성에 대한 차별을 철폐하기 위한 모든 적절한 조치를 취하여야 한다.
2. 본 조 제1항의 규정에도 불구하고 당사국은 여성에 대해 임신 및 수유기 동안의 적절한 영양 섭취를 보장하고 임신, 해산 및 산후 기간과 관련하여 적절한 서비스 제공을 보장하여야 하며, 필

요한 경우에는 무상으로 이를 제공하여야 한다.

경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 제10조 제2항

임산부에게는 분만 전후의 적당한 기간 동안 특별한 보호가 부여된다. 동 기간 중의 근로 임산부에게는 유급휴가 또는 적절한 사회보장의 혜택이 있는 휴가가 부여된다.

여성은 남성과 동일한 건강상의 다수 여건에 영향을 받지만 여성의 경험은 다른 양상으로 나타난다. 여성에게 많이 발생하는 빈곤과 경제적 의존, 이들의 폭력에 대한 경험, 보건제도와 사회 전반에 만연한 성 편견, 인종 또는 기타 사유를 근거로 한 차별, 다수 여성이 자신의 성·생식 생활에 미치는 제한된 권한, 의사 결정에서의 영향력 부족 등이 이들의 건강에 부정적 영향을 미치는 사회적 현실이다. 따라서 여성은 특정한 건강 관련 문제와 특정 유형의 차별에 직면하는데, 일부 집단들, 즉 피난민 또는 여성 실향민, 빈민가와 교외 지역의 여성, 여성 원주민과 농촌 여성, 장애 여성, HIV/AIDS 감염 여성(아래 HIV/AIDS 관련 부분 참조) 등은 젠더 차별 외에도 여러 형태의 차별, 장벽, 소외화에 직면한다.

경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약과 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약, 이 두 규약 모두 보건의료서비스에 대한 여성과 남성의 공평한 접근성 보장뿐만 아니라 보건의료에서 여성에 대한 차별을 철폐할 것을 요구한다. 보건의료 제공 등 모든 형태의 차별을 시정하고 남녀 간 평등을 보장하는 것이, 건강을 인권으로 다루는 근본적인 목표이다. 이 점과 관련해 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약(제14조)은 국가가 "농촌 지역 여성의 지역개발 참여와 그 개발에 따른 이익 향유"를 보장하고 "가족계획에 대한 상담 및 서비스를 포함한 적절한 보건시설의 접근"을 보장하도록 명시적으로 촉구한다.

여성차별철폐위원회는 더 나아가 당사국에 여성들이 가족계획과 응급산과관리를 포

함해, 임신, 출산, 산후조리 기간과 관련한 적절한 서비스를 받을 수 있게 할 것을 요구하였다. 국가가 안전한 모성을 보장하면서, 모성사망률과 이환율을 낮춰야 한다는 요건이 여기에 내포되어 있다.

성·생식 건강은 또한 여성의 건강권의 핵심 측면이다. 국가는 여성들이 그들의 성(sexuality) 관련 사안에 대해 강압이나, 정보 부족, 차별, 폭력으로부터 벗어나 자유롭고 책임 있게 통제하고 결정할 수 있게 해야 한다. 세계인구개발회의 행동계획[12]과 베이징 행동강령[13]은 남녀가 자신이 선택한 가족계획을 위한 안전하고 효과적이고 저렴하며 수용 가능한 방법에 대해 충분한 설명을 들을 권리와 그것에 접근할 권리, 그리고 여성이 안전하게 임신과 출산을 할 수 있게 하며 부부에게 건강한 아기를 가질 수 있는 최고의 기회를 주는 적절한 보건의료서비스에 접근할 수 있는 권리를 강조하였다.

여성에 대한 폭력: 여성권과 건강권 문제

여성에 대한 폭력은 이들의 건강권을 침해하는 행위일 뿐만 아니라, 여성들에게 신체적, 심리적 피해나 고통을 주는 통상적인 원인이다. 여성차별철폐위원회는 국가에 무엇보다도 여성과 소녀를 폭력과 학대로부터 보호하고 적절한 신체적, 정신적 보건서비스를 제공하는 법과 정책을 마련하여 시행할 것을 요구한다. 보건 의료인은 또한 여성에 대한 폭력이 미치는 건강상의 영향을 감지하여 관리할 수 있도록 훈련받아야 하고, 여성 할례는 금지되어야 한다.[14]

국가는 폭력의 행위자가 국가이든 민간인이든 간에, 그러한 폭력을 예방, 조사, 기소하기 위해 실사를 실시해야 한다. 여성에 대한 모든 형태의 폭력에서 벗어난 생존자들은 자신의 신체적, 정신적 건강에 대한 적절한 보상과 재활에 관한 권리를 가진다.

나. 아동과 청소년

아동은 자신들의 신체적, 정신적 발달 단계에 따른 특정한 건강 문제에 직면하게 되

12) 『국제인구개발회의보고서』, 카이로, 1994년 9월 5~13일(유엔 출판물, 판매번호 E.95.XIII.18).
13) 베이징 선언과 행동강령, 『제4차 세계여성대회보고서』, 베이징, 1995년 9월 4~15일(유엔 출판물, 판매번호 E.96.IV.13), 제1장, 결의 1.
14) 여성차별철폐위원회, 여성에 대한 폭력에 관한 일반권고 19호(1992)와 여성과 건강에 대한 일반권고 24호(1999) 참조.

고 특히 영양실조와 전염병에 취약하며, 청소년기에 접어들게 되면 성·생식·정신 건강상의 문제에 취약해진다.

대부분의 아동 사망은 급성 호흡기 감염병, 설사, 홍역, 말라리아, 영양실조 등 몇 가지 주요 원인으로 인해 또는 이러한 질환의 결합으로 인해 발생한다. 이 점과 관련해 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약과 아동권리협약은 영아사망률과 아동사망률을 줄이고, 질병과 영양실조를 퇴치해야 한다는 국가에 부여된 의무를 인정한다. 게다가 임신과 출산 관련 합병증으로 산모가 사망한 아기의 경우 유아기의 사망 위험이 더욱 높다. 영아의 건강은 여성의 성·생식 건강과 밀접한 연관이 있기 때문에 아동권리협약은 국가가 모성의 산전, 산후 보건을 포함해 아동과 그 가족에게 필수 보건서비스의 이용을 보장해야 한다고 지도하고 있다.

HIV 감염은 주로 모자 감염(HIV 양성 산모에서 출생한 아기가 임신이나 출산, 모유수유 중에 감염될 확률이 25~30%에 달함)을 통해서 발생하기 때문에 아동의 감염 위험이 점차 높아진다. 이에 따라 국가는 그러한 감염을 예방하기 위한 조치를 취하여야 한다. 예를 들어, 임신 중 HIV 검사를 위한 의료 지침서 마련, 여성을 대상으로 이런 형태의 감염에 관한 정보 확산 캠페인 실시, 저렴한 의약품 제공, HIV 감염 여성 및 이들의 영아와 가족에게 상담과 영아 수유 옵션을 포함해 간호와 치료 제공 등의 조치를 취할 수 있다.

정부와 보건 전문가는 모든 아동과 청소년을 차별 없이 대해야 한다. 이는 소수집단 또는 원주민 공동체에 속한 아동, 간성 아동,[15] 그리고 일반적으로 보건의료를 포함해 광범위한 서비스의 접근이 여러 맥락에서 허용되지 않는 어린 소녀와 사춘기 소녀 등 특정 집단의 필요사항과 이들의 권리에 정부와 보건 전문가가 각별한 주의를 기울여야 한다는 의미이다. 좀 더 구체적으로는 소녀는 적절한 영양 공급, 안전한 환경, 신체적·정신적 보건서

15) 간성(間性) 아동은 내부와 외부 성기가 전적으로 여성도 아니고, 전적으로 남성도 아닌 채로 태어난다.

비스에 대한 공평한 접근이 가능하여야 한다. 여성 할례, 조혼, 남아 선호적인 급식과 돌봄 같은 소녀의 건강에 영향을 미치는 해로운 전통적 관례를 폐지하기 위해 적절한 조치가 취해져야 한다.

방임, 착취, 학대, 고문 또는 잔인하거나 비인간적이거나 굴욕적인 대우나 처벌을 겪는 아동 역시 국가의 특정한 보호조치를 필요로 한다. 아동권리협약(제39조)은 아동의 신체적·심리적 회복과 사회 복귀를 증진해야 하는 국가의 의무를 강조하고 있다.

청소년들은 일반적으로 건강한 인구군에 속하지만, 이들은 위험한 행동, 성 폭력, 성 착취를 당하기 쉽다. 사춘기 소녀는 조기 임신 및/또는 원하지 않는 임신에 취약하다. 따라서 청소년의 건강권은 비밀유지와 사생활을 존중하고, 적절한 정신적, 성·생식 보건 서비스와 정보를 포함하는 보건의료에 좌우된다. 게다가 청소년들은 HIV/AIDS를 비롯해 성매개질환(STD)에 특히 취약하다. 세계 다수 지역에서 신규 HIV 감염인은 젊은 층(15~24세)에 과도하게 집중되어 있다.[16] 효과적인 예방 프로그램을 통해 성 건강을 다루고, HIV 관련 정보와 더불어 자발적인 상담 및 검사, 저렴한 피임 방법과 서비스 등의 예방 수단에 대한 공평한 접근을 보장하여야 한다.

아동권리협약 제24조

1. 당사국은 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유하고, 질병의 치료와 건강의 회복을 위한 시설을 이용할 수 있는 아동의 권리를 인정한다. 당사국은 보건의료서비스 이용에 관한 아동의 권리가 박탈되지 않도록 노력하여야 한다.
2. 당사국은 이 권리의 완전한 이행을 추구하여야 하며, 특히 다음의 적절한 조치를 취하여야 한다.
   (a) 영유아와 아동의 사망률 감소를 위한 조치
   (b) 일차보건의료의 증진에 중점을 두면서 모든 아동에게 필수적인 의료지원과 건강관리를 받을 수 있도록 보장하는 조치

16) 유엔에이즈계획과 세계보건기구, 「AIDS 전염병 업데이트」, 2006년 12월, 9쪽.

(c) 일차보건의료체계 안에서 환경오염의 위험과 피해를 고려하면서 쉽게 이용할 수 있는 기술 적용과 충분히 영양가 있는 식품 및 식수 제공을 통해 질병과 영양실조를 퇴치하기 위한 조치

(d) 산모에게 적절한 산전산후 보건의료를 보장하는 조치

(e) 모든 사회구성원, 특히 부모와 아동이 아동 건강과 영양, 모유수유의 장점, 위생 및 환경 정화, 사고 예방에 관한 기초지식을 활용함에 있어 정보를 제공, 교육, 지원받을 수 있도록 보장하는 조치

(f) 예방 중심의 보건의료, 부모교육 및 가족계획 교육과 서비스를 발전시키는 조치

3. 당사국은 아동의 건강에 해로운 전통적 관습을 폐지하기 위해 효과적이고 적절한 모든 조치를 취하여야 한다.

4. 당사국은 본 조에서 인정하는 권리의 완전한 실현을 점진적으로 달성하기 위해 국제협력을 증진하고 장려하여야 한다. 이 문제에 있어서 개발도상국의 필요사항을 특별히 고려하여야 한다.

다. 장애인

전 세계적으로 하나 또는 여러 형태의 장애를 지닌 사람이 6억 5000만 명이 넘지만(이들의 3분의 2는 개발도상국에 거주함), 이들 대부분이 국가와 사회에서 오랜 기간 방임되고 소외되어 왔다. 최근에야 장애인에 대한 태도에 있어 인식체계 전환이 이루어지고 있다. 이로 인해 장애인을 자선과 의료 개입의 "대상"으로 보던 인식에서 벗어나, 건강권을 포함하지만 이에 국한되지 않는 인권의 "주체"로서 이들에게 권한을 부여하는 움직임이 나타나고 있다.

장애인의 건강권은 독자적으로 달성될 수 없다. 이들의 건강권은 비차별 및 다른 원칙, 즉 개인의 자율성, 참여, 사회 통합, 다름에 대한 존중, 접근성을 비롯해 기회의 평등, 아동의 발전하는 능력에 대한 존중과 긴밀히 연관된다.[17]

장애인은 자신의 건강권 향유와 관련해 다양한 난관에 직면한다. 예를 들어, 신체 장애인들은 보건의료 접근 시 어려움을 겪는 경우가 많은데, 특히 농촌, 빈민가, 교외 지역에

17) 이 원칙과 기타 원칙은 장애인권리협약 제3조에 반영되어 있고, 이는 2006년 12월 13일자 유엔총회 결의 61/106에서 채택되었다.

서 그러하다. 심리사회적 장애인들은 공중보건체계를 통한 저렴한 치료에 대한 접근이 용이하지 않을 수 있고, 장애여성은 성 인지적 보건서비스를 받지 못할 수도 있다. 의료진은 때때로 장애인을 권리자라기보다는 치료의 대상으로 대하고, 치료와 관련해 이들의 자유의사에 따른 사전 인지 동의를 매번 구하지는 않는다. 그러한 상황은 단지 모멸적인 수준이 아니라 장애인권리협약에 따른 인권 침해이며, 의료 전문가의 입장에서는 비윤리적인 행위이다.

장애인은 또한 불합리적일 정도로 폭력과 학대에 취약하다. 이들은 신체적·성적·심리적·감정적 학대, 방임, 금전적 착취의 피해자인 반면, 장애여성은 특히 강제 불임과 성 폭력에 노출되어 있다. 장애인에 대한 폭력은 권력의 불균형이 존재하는 구조적 차별의 맥락에서 발생하는 경우가 많다. 장애인을 위태롭게 하는 것은 장애 그 자체가 아니라, 낙인, 다른 사람에 대한 간병 의존, 젠더, 빈곤, 금전적 의존 등 장애인들이 마주하는 사회적 여건과 장벽이란 점이 이제는 인정된다.

예를 들자면, 심리사회적 또는 지적 장애인이 겪는 방임에 주목해 볼 수 있다. 다수의 사례에서 이들의 자유의사에 따른 사전 인지 동의를 구하지 않고 장애인들을 대하며, 이는 이들의 건강권에 대한 명백하고 심각한 침해이다. 게다가 단순히 장애를 기준으로 이들을 시설에 가두는 경우도 많은데, 이는 장애인의 건강권과 다른 권리의 향유에 심각한 타격이 될 수 있다.

다른 사례를 보면, 장애 진단도 치료도 수용도 제대로 이루어지지 않는 경우가 많고, 그 중요성이 대체로 무시된다. 적절한 정책, 프로그램, 법과 자원이 부족한 상태이다. 예를 들어 2001년 대부분의 중간 소득 및 저소득 국가는 자국 보건 지출의 1% 미만을 정신 건강 항목에 사용하였다.[18] 그 결과 향정신약 등 필수 약품을 포함한 정신 보건의료는 다수

18) 세계보건기구, 『정신건강지도』, 2005(제네바, 2005).

가 접근하기도, 금전적으로 감당하기도 힘들었다. 심리사회적 또는 지적 장애인을 위한 모든 유형의 보건의료에 대한 접근은 공평함을 기준으로 보건의료를 제공해야 할 국가의 의무와 배치되는, 장애인에 대한 낙인과 차별로 더욱 복잡하다.

새롭게 채택된 장애인권리협약에 따라 국가는 건강권을 포함해 모든 인권과 기본적인 자유를 장애인이 완전하고 공평하게 향유하도록 증진, 보호 및 보장하고, 장애인의 천부적 존엄성에 대한 존중을 증진하여야 한다(제1조). 제25조는 더 나아가 장애인의 "차별 없이 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 권리"를 인정하고 이 권리를 보장하기 위해 국가가 취하여야 할 조치를 구체적으로 설명한다.

이러한 조치는 장애인들이 특히 자신의 장애 때문에 특별히 필요로 하는 의료 및 사회 서비스를 이용하고 그 혜택을 누리도록 보장하는 것으로, 여기에는 조기 발견과 개입, 정형 및 재활 서비스뿐만 아니라 추가적인 장애를 최소화하고 예방하기 위하여 고안된 서비스가 포함된다. 이러한 조치는 장애인의 독립을 가능하게 하고 추가적인 장애를 막으며 이들의 사회 편입을 지원한다.[19] 이와 유사하게 국가는 농촌을 포함하여 장애인이 속한 지역사회와 가능한 한 인접한 곳에서 보건서비스와 보건소를 제공해야 한다. 더욱이 비차별 원칙에 따라 "다른 사람에게 제공하는 것과 마찬가지로 동일한 범위, 수준 및 기준의 보건의료 및 프로그램을 무상으로 또는 저렴하게" 장애인에게 제공하여야 하고, 국가는 "보건의료나 보건서비스 또는 식품이나 유동식의 제공을 장애를 근거로 차별적으로 거부하는 것"을 금지하여야 한다(장애인권리협약 제25조 및 제26조).

국가는 보건 전문가들이 자유의사에 따른 사전 인지 동의를 포함해, 다른 이들에게 제공하는 것과 동일한 수준의 보건의료를 장애인들에게 제공하도록 하여야 한다. 이를 위

19) 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회, 장애인에 대한 일반논평 5호(1994)와 장애인권리협약 제25조 제(b)호 및 제26조 참조.

해 국가는 보건 전문가를 훈련시키고, 공공 및 민간 보건의료를 위한 윤리적 기준을 세워야 한다. 아동권리협약(제23조)은 장애아동이 특별 치료를 받고 보건의료 및 재활 서비스를 효과적으로 이용할 수 있는 권리가 있음을 인정한다.

라. 이주민

이주가 정치적, 사회적, 경제적 주요 현상이 되면서 인권에 중대한 영향을 미치고 있다. 국제이주기구(IOM)는 오늘날 전 세계적으로 거의 2억 명에 달하는 국제 이주민이 있다고 추산한다. 국제노동기구(ILO)에 따르면 이들 중 9000만 명이 이주노동자이다. 이주가 본국과 취업국, 양국의 건강권에 영향을 미치기는 하지만 본 해설집에서는 취업국에서의 이주에 초점을 맞춘다. 이주민의 건강권 향유는 단지 이들이 이주민이란 점 때문에, 그리고 차별, 언어적·문화적 장벽 또는 이들의 법적 지위와 같은 기타 요인에 의해 제한되는 경우가 많다. 이주민들은 모두 자신의 특별한 지위와 상황(미등록 또는 비정규 이주민과 특히 위험한 구금 상태의 이주민)과 연관된 특정 문제에 직면한 반면,[20] 많은 이주민들이 자신의 건강권 등 인권의 실현에 있어 유사한 난관에 봉착할 것이다.

국가들은 국제인권기구 앞에서 또는 국내법에서 이주민들을 자국의 시민들과 동일한 수준으로 보호할 능력도, 그러할 의사도 없다는 점을 분명히 밝히고 있다. 이에 따라 대부분의 국가가 비시민권자에 대한 보건상 의무를 "필수 의료" 또는 "응급 진료" 차원에서만 규정해왔다. 이러한 개념은 여러 국가에서 다른 의미를 지니기 때문에, 개념에 대한 해석은 개별적인 보건 의료인들에게 맡겨지는 경우가 많다. 따라서 관행과 법이 차별적일 수 있다.

20) 난민의 지위가 인정되거나 국내실향민으로 인정되는 자는 이주민 범주에 속하지 않는다. "특정 집단과 개인들: 이주노동자"(E/CN.4/2005/85) 참조.

건강권과 관련하여 이주민, 특히 미등록 이주민이 겪는 주요 어려움[21]

- 이주민들에 대한 국가보건체계의 보장 범위는 대체로 불충분하고 이들이 건강보험을 금전적으로 감당하지 못하는 경우도 많다. 이주민인 성 노동자와 미등록 이주민은 특히 보건 및 사회 서비스에 거의 접근할 수 없다.
- 이주민들은 건강 관련 정보와 가용 서비스에 접근할 시 어려움을 겪는다. 이러한 정보를 국가가 충분히 제공하지 않는 경우도 많다.
- 미등록 이주민은 보건서비스 제공업자가 자신들을 이민국에 고발할 것을 두려워하여 보건의료를 이용할 엄두를 못 낸다.
- 여성가사노동자는 성 학대와 폭력에 특히 취약하다.
- 이주노동자는 안전하지 않고 건강에 해로운 환경에서 작업하는 경우가 많다.
- 이주노동자는 자신들이 처한 취약한 상황, 가족으로부터의 멀리 떨어짐, 성매개질환과 HIV/AIDS 예방 및 관리 프로그램 적용 배제 때문에, 위험한 성 행위를 하기가 더 쉬울 수 있다. 그 결과 그들의 상황으로 인해 이러한 질병이 빠르게 확산된다.
- 미등록 이주민이 구금되는 시설의 환경이 질병 확산에 일조할 수도 있다.
- 인신매매된 자는 신체적 폭력과 학대의 대상이 되고 생식 건강권과 관련해 엄청난 난관(HIV/AIDS 감염 등의 성매개질환, 원하지 않는 임신, 안전하지 않은 낙태)에 봉착한다.

모든 이주노동자와 그 가족의 권리보호에 관한 국제협약(제28조)은 이주노동자와 그 가족이 생명의 유지 또는 회복할 수 없는 건강상 피해 방지를 위하여 긴급하게 요구되는 진료를 받을 권리를 가진다고 규정한다. 그러한 응급 진료는 이들의 체류나 취업 시 저지른 어떤 부정행위와도 상관없이 제공되어야 한다. 동 협약은 더 나아가 직장에서 이주노동자를 보호하고, 이주노동자가 안전과 건강을 포함한 근로 여건과 관련하여 취업국 국민보다 불리한 취급을 받지 않아야 한다고 규정한다(제25조).

인종차별철폐위원회는 비시민에 관한 일반권고 30호(2004)를 통해, 경제적, 사회적, 문화적 권리위원회는 도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 일반논평 14호(2000)에서 당사국은 무엇보다 예방, 치유, 완화를 목적으로 한 보건서비스에 대한 비시민권자의 접근을

21) 세계보건기구, 「국제 이주와 건강, 인권」, 《건강과 인권 출판 시리즈》(2003년 12월), http://www.who.int에서 제공. 유엔에이즈계획과 국제이주기구, 「이주민의 건강권」, 《유엔에이즈계획 모범사례 모음집》(제네바, 2001) 참조.

거부하거나 제한하는 것을 삼가함으로써 적절한 수준의 신체적, 정신적 건강에 대한 이들의 권리를 존중하여야 한다고 강조한다. 건강에 관한 특별보고관은 또한 질병에 걸린 망명 신청자 또는 무등록자가 인구 내 가장 취약 계층에 속하기 때문에 이들의 의료에 대한 인권이 거부되어서는 안 된다고 강조한다.

마지막으로, 이주민의 건강권은 이들의 근로 및 생활 여건, 법적 지위와 긴밀히 연관되며 이에 달려있다. 이민자의 건강 문제를 포괄적으로 해결하기 위해 국가는 특히 적절한 주거, 안전하고 건강한 노동 환경, 적절한 생활 수준, 식품, 정보, 신체의 자유와 안전, 적법 절차, 노예제와 강제노동으로부터의 자유에 대한 이들의 권리를 실현하기 위한 조치를 취하여야 한다.

마. HIV/AIDS 감염인

지난 25년간 AIDS 사망자는 2500만 명이 넘으며 근래 들어 파괴적인 팬데믹 중 하나가 되었다. 현재 감염인은 3300만 명에 달한다. 주요 공중보건 위기로 등장한 이 감염병은 매우 심각하고 많은 나라에서 인권과 개발에 파괴적인 영향을 미쳤다.

HIV/AIDS가 다수의 인권 문제를 제기했다는 것은 주지의 사실이다. 반대로, HIV 감염을 예방하고 AIDS가 삶에 미치는 영향력을 줄이기 위해서는 인권의 보호 및 증진이 반드시 필요하다. 다수의 인권이 HIV/AIDS와 연관되는데, 그 예로 차별로부터의 자유, 생명권, 법 앞의 평등, 사생활권, 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 권리를 들 수 있다.

젠더와 성적 지향 등을 근거로 한 HIV/AIDS 팬데믹과 빈곤·낙인·차별 간의 연관성은 널리 인정되고 있다. HIV/AIDS의 발병과 확산은 특정 인구군에서 불합리할 정도로 지나치게 높은데, 이러한 인구군으로 여성,[22] 아동, 빈곤층, 원주민, 이주민, 남성과 성관계

22) 오늘날 여성은 남성에 비해 감염에 더 취약하다. 유엔에이즈계획, 『세계 AIDS 전염병 보고서』(제네바, 2006).

를 한 남성, 남성과 여성 성 노동자, 난민과 국내실향민, 사하라 이남의 아프리카 등 특정 지역인 등을 들 수 있다. 이들이 겪는 차별이 이들을 HIV 감염에 더 취약하게 만든다. 동시에, HIV/AIDS 감염인의 건강권은 차별과 낙인으로 인해 훼손된다. 예를 들어, HIV/AIDS 감염인으로 확인될 수 있다는 두려움으로 성 노동자나 정맥 약물 사용자 등 차별에 시달려온 이들은 자발적인 상담이나 테스트 또는 치료 등을 받지 않으려고 할 수 있다.

전 세계적 대유행병을 막고 상황을 되돌리기 위해서는 차별과 낙인 문제 해결에 크게 달려 있다. 국가가 HIV/AIDS 실제 또는 추정 감염 상태 등 건강 상태를 근거로 한 차별을 금지하고 HIV/AIDS 감염인이 차별받지 않게 보호해야 한다는 점이 중요하다. 국가의 법령과 정책 및 프로그램에 이들 취약층의 예방·치료·간호에 대한 공평한 접근을 방해하는 요소, 가령 이들의 경제적 상태 등을 해결하기 위한 적극적인 조치가 포함되어야 한다.

의료와 치료에 대한 보편적 접근도 HIV/AIDS 감염인의 건강권을 구성하는 중요한 요소이다. 이와 마찬가지로 약품의 가용성을 보장하고 HIV 예방을 강화하는 것이 중요하다. 그러한 방법의 예로 콘돔과 HIV 관련 정보 및 교육 제공과 모자 감염 예방을 들 수 있다. HIV/AIDS와 인권에 관한 국제지침은 HIV/AIDS 감염인의 권리 보장을 위한 추가 지침을 제공한다.[23]

여성과 HIV/AIDS

젠더 불평등과 여성과 소녀의 권리에 대한 존중 실패가 세계 다수 지역에서 HIV/AIDS가 확산되는 중요한 요인이다. 예를 들어, 사적 및 공적 영역에서 형성되어 있는 남성에 대한 여성의 종속으로 여성과 소녀가 안전한 성행위를 위한 협상 시도가 가로막힐 수 있다. 여성 중 특히 젊은 여성이 불합리할 정도로 지나치게 감염에 취약하다. 게다가 이용 가능한 치료와 적절한 정보에 대한 여성의 접근성이 일반적으로 더 낮다. 이들은 또한 부양 부담에 지나치게 영향을 받는다.

23) 유엔에이즈계획과 유엔인권최고대표사무소, 『HIV/AIDS에 관한 국제지침과 인권: 2006년 통합본』(유엔 출판물, 판매번호: E.06.XIV.4), 2005년 세계정상회의결과에서 채택된 2005년 9월 16일자 총회 결의 60/1과 2005년 12월 23일자 총회 결의 60/224 참조.

국가는 HIV/AIDS 확산에 기여하는 젠더 불평등과 사회 통념에 도전하는 법과 정책을 마련하여야 한다. 국가는 또한 HIV 관련 정보·교육·예방 수단 및 보건서비스에 대한 공평한 접근을 제공하여야 한다. HIV 예방의 핵심인 여성의 성·생식 권리를 보장하는 것도 중요하다. 이런 차원에서, 임신부 및 모자 간 HIV 감염 예방이 중요하다(치료행동캠페인에 대한 박스도 참조. p.56). 국가는 또한 HIV 감염과 기타 성매개감염에 대한 취약성을 높이는 성 폭력으로부터 여성을 보호하여야 한다.

3. 국가에 부과되는 의무와 건강권에 대한 다른 자의 책임

국가는 인권을 보호하고 증진해야 할 기본적인 의무를 지닌다. 인권 의무는 국제관습법[24] 및 국제인권조약에 의해 정의 및 보장되며, 인권을 발효시키기 위해 해당 조약을 비준한 국가에 구속력 있는 의무가 부과된다.

가. 일반적인 의무

경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 제2조

1. 이 규약의 각 당사국은 특히 입법조치의 채택을 포함한 모든 적절한 수단에 의하여 이 규약에서 인정된 권리의 완전한 실현을 점진적으로 달성하기 위하여, 개별적으로 또한 특히 경제적, 기술적인 국제지원과 국제협력을 통하여 자국의 가용 자원이 허용하는 최대한도까지 조치를 취할 것을 약속한다.
2. 이 규약의 당사국은 이 규약에서 선언된 권리들이 인종, 피부색, 성, 언어, 종교, 정치적 또는 기타의 의견, 민족적 또는 사회적 출신, 재산, 출생 또는 기타의 신분 등에 의한 어떤 종류의 차별도 없이 행사되도록 보장할 것을 약속한다.

1) 점진적 실현

당사국은 인권조약의 비준을 통하여 자국의 관할권 내에서 이러한 권리를 발효시켜야 한다. 더 구체적으로 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 제2조 제1항은 국

24) 관습법은 법률로 수용되고 법적 의무감에서 이행된 국가의 일반적인 관행의 증거이다.

가는 동 규약에 따른 권리의 완전한 실현을 점진적으로 달성할 의무를 지닌다고 강조한다. 이는 국가에게는 자원 제약이 있으며 조약 규정을 이행하는 데는 필연적으로 시간이 소요된다는 점에 대한 암묵적 인정이다. 따라서 건강권을 포함한 동 규약에 따라 보호되는 권리의 일부 요소는 *점진적 실현 대상*으로 간주된다.

동 규약에 따른 권리의 모든 측면이 즉시 실현될 수는 없지만, 최소한 국가는 동 규약에 따른 모든 권리를 더 잘 보호하고 증진하기 위하여 가용 자원 내에서 최선을 다하고 있음을 입증하여야 한다. 가용 자원은 국가 내 기존 자원뿐 아니라 제2조 제1항에 명시된 국제지원과 국제협력을 통하여 국제사회로부터 입수할 수 있는 자원을 의미한다.

국제지원과 국제협력의 역할은 유엔 헌장, 세계인권선언, 아동권리협약[25] 같은 다른 문서에도 반영되어 있다. 이러한 역할은 국내 의무를 대체할 수는 없지만 특히 독자적으로 경제적, 사회적 및 문화적 권리를 발효시킬 능력이 국가에 없는 경우 작동되며, 상기와 같은 발효를 위해서는 타국의 지원을 필요로 한다. 국제협력은 특히 이러한 점에서 타국을 지원할 위치에 있는 국가들의 책임이다. 따라서 국가는 적극적 국제지원 및 국제협력 프로그램을 지니고 있어야 하며 타국이 건강권과 관련된 의무를 이행할 수 있도록 경제적·기술적 지원을 제공하여야 한다.[26]

점진적 실현의 개념은 동 규약에 따른 모든 권리에 적용되지만, 일부 의무, 특히 모든 권리가 비차별에 기초하여 행사되도록 보장하겠다는 약속 및 건강권 등의 권리 실현을 위한 구체적이고, 계획적이고, 특정 집단을 대상으로 한 조치를 취해야 할 의무는 즉시 이행되어야 한다. 이러한 점에서 국가가 의무 이행을 위하여 최선을 다하여 가용한 모든 자원을 이용하였다는 것을 입증할 수 있지 않는 한 역행적 조치는 허용되지 않는다.

25) 유엔 헌장 제1조 제3항, 제55조, 제56조, 세계인권선언 제22조 및 제28조, 아동권리협약 제4조 및 제24조.
26) 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회, 당사국 의무의 성격에 대한 일반논평 3호(1990) 및 일반논평 14호 38~42문.

2) 건강권 실현을 위한 조치 실시

건강권 실현을 위한 조치를 취하려면 다양한 조치가 필요하다. 건강권 이행을 위한 가장 실현 가능한 조치는 국가마다 다르기 때문에, 국제 조약은 정해진 방안을 제시하지 않는다. 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 제2조 제1항은 이 규약에 포함된 권리의 완전한 실현은 "특히 입법조치의 채택을 포함한 모든 적절한 수단"에 의하여 달성될 수 있다고 규정할 뿐이다.

경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회는 국가는, 최소한, 국가 전략의 목적을 정의하는 인권 원칙에 근거하여 모든 이가 건강권을 향유할 수 있도록 하기 위한 국가전략을 채택하여야 한다고 강조하였다. 지표 및 기준 설정은 해당 전략의 입안 및 이행에 결정적 역할을 담당할 것이다.

실제로, 건강권은 점진적 실현의 대상이기 때문에 무엇을 국가에 기대할 지는 시간이 지남에 따라 달라질 것이다. 따라서 국가는 건강권의 이러한 가변적 차원을 모니터링하고 평가할 수단을 필요로 한다. 특히 세분화된 지표는 건강권이 특정 국가에서 실현되는 방식에 대한 유용한 정보를 제공한다. 유엔인권최고대표사무소는 그러한 지표에 대한 개념적·방법론적 체제를 개발하고 있다.

제안된 지표 체제[27]

인권의 경우, 확인된 지표는 국가가 의무 이행 시 취하는 조치를 평가하는 데 도움이 된다. 이러한 조치에는 국제인권기준의 수용(구조적 지표)에서부터 동 기준에서 비롯되는 의무의 이행을 위하여 국가가 기울이고 있는 노력(과정 지표) 및 인구 관점에서의 이러한 노력의 결과(결과 지표)가 포함된다. 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 권리를 보여주는 지표는 예를 들면 해당국이 비준한 건강권 관련 국제인권조약 수(구조적 지표), 숙련된 보건인력이 참여한 출산비율(과정 지표), 모성사망비(결과 지표)이다. 지표가 관련 인구군과 가능한 차별 사유에 따라 세분화되는 것이 또한 중요하다.

27) http://www.ohchr.org에서 입수 가능한 "국제인권문서 준수를 모니터링하기 위한 지표 관련 보고서"(HRI/MC/2006/7) 참조. 이 체제는 2007~2008년 실시된 전문가 협의 및 워크숍을 통하여 검증되고 있다.

3) 최소한의 핵심 의무

경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회는 또한 국가는 동 규약에 따라 각 권리를 최소한의 필수 수준으로 충족해야 하는 *최소한의 핵심 의무*를 지닌다고 강조하였다. 이러한 필수 수준이 어느 정도는 자원에 의존하지만, 국가는 동 규약에 따른 권리 달성을 위한 노력 시 이러한 수준에 우선권을 부여하여야 한다. 건강권과 관련된 상기 위원회는 국가가 다음을 보장하여야 한다고 강조하였다.

- 특히 취약 또는 소외 계층을 위한 보건시설, 재화 및 서비스에 대한 *비차별적* 접근권
- 영양이 충분하고 안전한 *최소한의 필수 식품*에 대한 접근
- *쉼터, 주거, 정화시설*에 대한 접근 및 *안전한 식수*의 충분한 공급
- 필수 약품의 제공
- 모든 보건시설, 재화 및 서비스의 공평한 배분

나. 세 가지 종류의 의무

국가 의무는 세 가지 종류, 즉 *존중, 보호, 이행* 의무로 분류된다.

1) 존중 의무

존중 의무는 국가가 건강권에 대한 직간접적 개입을 자제할 것을 요구한다.

예를 들어, 국가는 보건의료서비스 접근에 대한 거부 또는 제한을 자제하고, 안전하지 않은 약품 판매를 자제하고, 여성의 건강 상태 및 요구사항과 관련된 차별적 관행 강요를 자제하고, 피임기구 및 성·생식 건강을 유지하는 다른 수단에 대한 접근 제한을 자제하고, 건강 정보의 제공 보류, 검열, 와전을 자제하고, 사생활권(예: HIV/AIDS 감염인의 사생활권) 침해를 자제하여야 한다.

또한 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회는 일반논평 14호에서 당사국은 타국에서의 건강권 향유를 존중하여야 한다고 강조하였다.

2) 보호 의무

보호 의무는 제3자가 건강권에 개입하는 것을 국가가 방지할 것을 요구한다.

국가는 민간 행위자가 보건의료 또는 기타 서비스 제공 시 인권 기준을 준수하도록 입법 또는 기타 조치(식품 성분 규제 등)를 취하여야 하고, 민간 행위자의 의료장비 및 의약품 판매를 통제하여야 하고, 민영화가 보건의료시설, 재화 및 서비스의 이용 가능성, 접근성, 허용성, 품질에 위협이 되지 않게 하여야 하고, 건강권에 유해할 수 있는 제3자의 행위로부터 개인을 보호하여야 하고, 예를 들어 (구체적으로 여성 할례를 명시적으로 금지하는 법을 제정함으로써) 여성이 해로운 전통적 관행을 겪는 것을 방지하거나 제3자가 여성에게 그러한 관행을 겪도록 강요하는 것을 방지하여야 하고, 제3자가 사람들의 환경보건을 포함한 건강 관련 정보 및 서비스 접근을 제한하지 않게 하여야 하고, 보건 전문가가 장애인에게 자유의사에 따른 사전 인지 동의를 얻은 후 의료를 제공하게 하여야 한다.

경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회는 일반논평 14호에서 당사국은 제3자가 타국에서 건강권을 침해하는 것을 방지하여야 한다고 또한 강조하였다. 동 위원회는 또한 당사국은 국제 또는 다자간 협정 협상 시 해당 협정이 건강권에 부정적 영향을 미치지 못하도록 조치를 취하여야 한다고 언급하였다.

건강권 보호: 특허와 의약품 접근

세계무역기구(WTO) 각료회의는 2001년 도하에서 무역 관련 지적재산권(TRIPS)에 관한 협정 및 공중보건에 관한 기념비적인 선언을 채택하였다.[28] 도하 선언은 TRIPS 협정이 회원국의 공중보건 보호 조치 이행을 막아서는 안 된다는 것을 확인한다. 도하 선언 제6항을 명확히 하기 위해

28) http://www.wto.org 참조.

2003년 관련 결정이 통과되었다. 동 결정은 강제실시권에 의해 제조된 일반의약품의 제조국이, 특정상황에서 그러한 의약품을 자체적으로 제조할 능력이 없는 수입국에 수출할 수 있도록 허용하기 위한 면제로서 작용한다.[29] 국가는 자국민의 의약품에 대한 접근과 저렴한 입수가 가능하도록 동 조항을 이용할 수 있다.

3) 이행 의무

이행 의무는 국가에 건강권의 완전한 실현을 위해 적절한 입법, 행정, 예산, 사법, 홍보 및 기타 조치를 취하도록 요구한다.

예를 들어, 국가는 공공 및 민간 부문을 포괄하는 국가 보건정책 또는 국가 보건제도를 채택하여야 하고, 전염병 예방을 위한 면역 프로그램 및 추가 장애를 최소화하고 예방하기 위한 서비스 등의 보건의료 제공을 보장하여야 하고, 안전하고 영양가 있는 식품, 위생 및 깨끗한 물 같은 기본적인 건강결정요인에 모든 이가 평등하게 접근할 수 있게 하여야 하고, 공중보건 인프라가 성·생식 보건서비스를 제공하게 하여야 하며 의사와 다른 의료진이 충분하고 적절한 훈련을 받게 하여야 하고, HIV/AIDS, 가정폭력 또는 알코올중독, 마약 및 기타 유해물질 같은 건강 관련 문제에 대한 정보와 상담을 제공하여야 한다.

보건의료 및 기본적인 건강결정요인을 포괄하는 효과적이고 통합적인 보건체계도 도달 가능한 최고 수준의 건강 기준을 보장하기 위한 핵심 요소이다(아래 박스 참조).

국가 보건체계

최고 수준의 건강을 향유할 권리에 관한 특별보고관[30]은 건강권 관점에서 국가 보건체계는 다음의 몇 가지 요소를 포함하여야 한다고 강조하였다. 건강권 실현을 모니터링하기 위한 적절한 보건 데이터 수집 체계가 그러한 요소에 포함되며, 동 데이터는 성, 연령, 도시·시골 같은 특정 사유별로 분리되어야 한다. 그러한 요소에는 양호한 고용 조건과 함께 충분한 수의 잘 훈련된 의료계 종사자를 육성할 국가의 능력 및 주요 보건 관련 정책이 최종 확정되기 전에 건강권 영향 평가 준비를 위한 과정, 보건정책 입안 참여 보장 계획, 효과적이고 투명하고 접근 가능한 책임 제도도 포함된다.

29) 강제실시는 정부가 다른 누군가에게 특허 재화나 공정을 특허권자의 동의 없이 생산하도록 허용하는 과정이다. 그러한 실시는 국가비상사태나 초긴급한 기타 상황 시 또는 정부 용도로 허용된다. 예를 들어, HIV/AIDS 팬데믹은 강제실시의 근거가 될 수 있다.

30) A/HRC/4/28 90~92문. 특별보고관에 대한 보다 상세한 내용은 아래 제IV장 참조.

또한, 알마아타 선언은 한 국가의 보건체계 내에서 일차보건의료가 담당하는 핵심 기능을 강조하였다(제VI조). 따라서 동 선언은 국가가 포괄적인 국가 보건체계의 한 부분으로 일차보건의료를 시작하고 유지시키기 위한 국가 정책, 전략 및 활동계획을 마련하여야 한다(제VIII조)고 강조하였다.

다. 다른 자도 책임을 지는가?

국가의 인권 보호 의무는 비국가당사자가 인권을 침해하지 않도록 하는 것을 포함한다. 건강과 관련해, 국가는 예를 들어 제3자가 제공하는 보건의료에 대한 공평한 접근을 보장하는 입법 또는 기타 조치를 채택하여야 한다. 또한 사회의 기타 행위자 즉 개인, 정부간 기구 및 비정부기구(NGO), 보건 전문가 및 기업이 인권 장려 및 보호에 대한 책임을 어느 정도 져야 하는가에 대한 논의가 증가하고 있다.

본 절은 유엔 기구 및 민간 부문의 역할을 다룬다. 이는 다른 자는 관련 책임을 지지 않을 수 있다는 얘기가 아니다. 예를 들어, 특별보고관은 건강권 증진 및 보호에서 보건 전문가가 맡는 필수적인 역할을 강조하였다.[31]

1) 유엔 기구 및 전문기구

유엔 헌장은 유엔의 목적 중 하나가 인권 존중을 장려하는 것이라고 선언하며, 국제인권조약은 유엔 기구와 전문기구가 그러한 조약의 이행 시 특정한 역할을 수행할 것이라 상정한다. 예를 들어, 세계은행, 국제통화기금, 유엔아동기금(UNICEF)과 같은 유엔 전문기구는 모든 권리의 국가적 이행을 위해 당사국과 효과적으로 협력하라는 요청을 받는다.

최근 몇 년 사이, 사무총장의 유엔 개혁(1997년, 2002년, 2005년)뿐 아니라 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회의 논평은 유엔 기구 및 국제금융기관의 인권에 대한 역할과 책임을 강조하였다. 동 위원회는 예를 들어 유엔 전문기구, 프로그램 및 기구의 인권 기반 접근

31) E/CN.4/2003/58 제IV장 제F조.

법의 채택은 건강권 이행을 크게 촉진할 것이라 언급하였다.[32] 2003년 유엔 기구는 모든 개발 프로그램과 지원이 인권을 실현하여야 하고 인권 원칙 및 기준에 따라 인도되어야 함을 확인하는 *유엔 공동이해*에 합의하였다.[33]

유엔 기구, 특히 유엔아동기금, 유엔에이즈계획(UNAIDS), 유엔인구기금(UNFPA) 및 세계보건기구는 건강과 인권에 대한 그들의 노력을 강화하였다.

세계보건기구

세계보건기구 헌장은 도달 가능한 최고 수준의 건강 향유는 기본적인 인권임을 확인한다(전문). 동 헌장에 따라 세계보건기구가 글로벌 보건 문제에 대한 리더십 제공, 보건 연구 의제 설정, 규범 및 기준 설정, 증거 기반 정책 대안 명시, 국가에 대한 기술 지원 제공, 보건 동향 모니터링 및 평가에 대한 책임을 진다(제2조). 동 헌장은 1981년 『모유 대체식품 판매에 관한 국제규약』[34] 같은 보건 관련 기준을 확립하고, 2003년 담배규제기본협약[35] 같은 법적으로 구속력 있는 조약과 협약을 채택하기 위한 광범위한 권한을 세계보건기구에 부여한다.

또한 「세계보건기구 건강을 위한 소통, 제11차 총괄실행프로그램 2006~2015년: 글로벌 보건 의제」는 보편적 보장의 촉진, 성평등 및 건강 관련 인권 등 7가지 우선과제 영역을 요약한다. 세계보건기구 내 윤리·무역·인권·보건법부(Department of Ethics, Trade, Human Rights and Health Law)의 보건·인권팀(Health and Human Rights Team)은 세계보건기구와 그 회원국의 역량 강화를 통해 건강에 대한 인권 기반 접근을 통합하고, 국제법 및 국제 개발 과정에서 건강권을 개선하고, 건강 관련 인권을 주창하기 위해 노력한다.[36]

2) 민간 부문

기업은 여러 방법으로 건강권에 영향을 미칠 수 있다. 제약품이나 의료장비를 판매하는 기업은 건강권 향유에 긍정적으로 기여할 수 있지만, HIV/AIDS 치료약 같은 의약품 가격을 높게 유지시킴으로써 보건의료 접근이나 제공을 더욱 어렵게 만들 수도 있다. 채굴

32) 일반논평 14호.
33) 『개발 협력에 대한 인권 기반 접근법과 관련해 자주 묻는 질문』(유엔 출판물, 판매번호 E.06.XIV.10), 부록 II.
34) 세계보건기구, 『모유 대체식품 판매에 관한 국제규약』(제네바, 1981).
35) 동 협약은 세계보건기구 지원하에 협의된 최초의 조약이다. 최고 수준의 건강을 향유할 모든 이의 권리를 재확인하는 증거 기반 조약이다.
36) http://www.who.int/hhr/en/에서 "건강 및 인권" 참조.

업이나 제조업도 물, 공기, 토양을 오염시켜 건강권을 간접적으로 침해할 수 있다. 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회는 국가는 민간 기업에 의한 오염 또는 공해에 대한 보호책을 마련하여야 하며 기업이 환경에 미치는 영향을 평가하여야 한다고 강조하였다.[37]

기업은 책임의 정확한 성격과 범위가 불확실하더라도, 인권에 대하여 일부 책임을 지니는 것으로 간주된다. 그럼에도 불구하고, 궁극적으로 인권 침해에 대한 책임을 지는 것은 국가이다.[38]

기업에 대한 관심이 최근 증가하고 있다. 일부 계획은 기업에 적용되는 구체적 인권 기준을 정의하려 시도하였다. 인권위원회는 HIV/AIDS 같은 팬데믹 맥락에서 의약품 접근과 관련된 민간 부문의 역할을 논의한 반면, 그 산하의 인권 증진과 보호에 관한 소위원회는 "인권과 관련된 다국적 기업 및 기타 사업체의 책임에 대한 규범"을 승인하였다.[39] 2005년 유엔 사무총장은 인권에 대한 기업 책임 기준을 식별하고 명확히 하고자 특별대표를 임명하였다. 그 작업은 지금도 계속되고 있다.[40]

다양한 자발적 계획도 개시되었다. 예를 들어, 유엔글로벌컴팩트(http://www.unglobalcompact.org)는 기업이 존중을 약속하면서 참여하겠다고 서명한 인권, 노동기준, 환경 및 반부패 관련 열 가지 원칙을 정의하였다. 일부 기업은 인권을 기업운영에 통합시키기 위한 자체적인 인권 정책, 프로그램 및 수단을 개발하였으며, 그 중 일부는 건강권을 다룬다.

37) 「인권 및 다국적 기업과 기타 사업체 관련 문제에 관한 사무총장 특별대표 보고서. 부칙: 유엔 핵심 인권조약에 따른 기업 활동을 규제하고 이에 대한 판결을 내릴 국가의 책임: 조약기구 논평.
38) 전게서.
39) E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2.
40) A/HRC/4/35 등 참조.

4. 건강권 모니터링과 국가에 책임 지우기

책임 제도는 건강권에서 비롯되는 국가 책임의 존중을 보장하는 데 중요하다. 그렇다면 당사국의 법적 책임은 어떻게 누가 모니터링하는가? 국가가 건강권을 침해했다면 어떻게 책임을 질 수 있는가? 모니터링과 국가에 책임 지우기는 국가적, 지역적, 국제적 차원에서 발생하며, 국가 자체, 비정부기구, 국가인권기구 또는 국제조약기구 같은 다양한 행위자가 포함된다.

가. 국가적 차원의 책임 및 모니터링

책임은 국가로 하여금 모두를 위한 건강권 실현을 위하여 국가가 무엇을 왜 어떻게 활동하고 있는지를 가능한 한 신속하고 효과적으로 설명하도록 강제한다.[41] 국제인권법은 책임 및 시정에 대한 국내 제도의 정확한 이행방식을 규정하지 않기 때문에, 건강권은 다양한 제도를 통해 실현 및 모니터링될 수 있다. 최소한 모든 책임 제도는 접근 가능하고, 투명하고, 효과적이어야 한다.

국가는 자국 영토 내 거주 중인 국민의 인권을 존중하고, 보호하고, 증진할 일차적인 책임을 지닌다. 따라서 국내에서의 건강권 이행 추구는 특히 중요하다. 국내 제도가 존재하여 작동하는 경우, 지역 또는 국제 제도보다 국내 제도에 더 빠르고 쉽게 접근이 가능한 경우가 많다(아래 참조).

1) 행정적, 정책 및 정치적 제도

행정적 및 정치적 제도는 사법적 책임 제도를 보완하거나 이에 상응하는 수단이다. 예를 들어, 실행계획과 참여예산을 연계시킨 국가 보건 정책 또는 전략의 개발은 국가 책임

41) A/HRC/4/28 46문 및 87문.

을 보장하는 데 중요한 역할을 담당한다. 인권 기반 지표는 핵심 건강 결과 및 이러한 결과의 달성을 위한 일부 과정의 효과적 모니터링을 지원한다.

정책, 예산 또는 공공지출 및 정부 모니터링 제도(예를 들어, 기업 및 공중보건체계의 보건 및 안전 규정을 감독하기 위해 배치된 보건 및 근로 감독관)의 검토는 건강권 실현에 대한 책임과 관련하여 정부에 책임을 지우기 위한 중요한 행정적 제도이다. 일부 보건서비스는 진정 또는 제안을 수령하고 시정을 제안할 수 있는 내부 또는 독자적 체계를 확립하였다. 또한 영향 평가 같은 다양한 종류의 평가는 정책입안자에게 향후 정책이 미칠 수 있는 영향을 예측하고 추후에 건강권 향유에 정책이 미치는 실질적 영향을 검토할 수 있는 방법을 제시한다.

민주적 과정 같은 정치적 제도 및 비정부기구가 수행하는 모니터링과 옹호활동도 책임에 기여한다. 시민사회단체는 건강권과 관련된 책임을 정부에 지우기 위해 지표, 벤치마크, 영향 평가, 예산 분석에 기반한 모니터링 방법을 점점 더 많이 이용하고 있다.

2) 사법적 제도

국내 시행과 관련된 가장 중요한 조치 중 일부는 국가 법체계에 따라 재판 가능하다고 간주되는 권리에 대한 사법적 제도를 마련하는 것이다. 그러한 제도는 건강권이 침해된 경우 개인에게 구제수단을 제공하여야 한다.

건강권을 인정하는 국제규범을 국내법에 통합하는 것은 구제조치의 범위 및 효율성을 크게 확충할 수 있다. 그러한 통합으로 인해 법원은 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약을 직접 참고하여 건강권 침해를 재판할 수 있다.

대법원을 포함한 국내 법원이 건강권 관련 사건을 심리하는 사례가 점점 더 늘고 있다. 예를 들어, 아르헨티나 법원은 정부에 HIV/AIDS 감염인에게 항레트로바이러스성 약

품을 차질 없이 제공하고[42], 풍토병을 예방할 백신 제조를 보장하고[43], 뼈 질환 예방 약품의 지속적 무료 제공을 보장[44]하도록 지시하였다. 법원이 검토한 다른 사안은 특히 민간건강보험에 의한 보험 보장의 배제 및 종료이다.[45] 일부 사건에서 법원은 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 및 건강권의 헌법적 상태를 재확인하는 기타 조약에 대한 아르헨티나의 비준을 참고하였다.

남아프리카공화국의 치료행동캠페인은 비정부기구가 HIV/AIDS 치료에 대한 공평한 접근을 보장하기 위해 사회적 동원, 옹호 및 소송 의존을 어떻게 효과적으로 결합하여 이용했는지를 보여준다.

남아프리카공화국의 치료행동캠페인: HIV/AIDS 감염인 치료에 대한 공평한 접근 보장

가장 필요한 곳에 의약품을 제공하고 그 자원을 적절하게 이용하는 것은 정부가 건강권에 대한 의무를 이행하고 책임을 질 수 있는 방법의 두 가지 구체적 사례이다.

보건부장관 대 치료행동캠페인:[46] 남아프리카공화국 정부는 HIV의 모자 감염 위험을 낮추기 위한 국가 프로그램을 시행하지 않기로 결정하였다. 대신에 동 정부는 네비라핀 약품을 유통하도록 허가된 주별 두 곳의 연구소를 식별하여, 이 약품의 약효가 이미 입증되었음에도 불구하고 그 이용 가능성을 제한하였다. 이는 민간 보건의료를 받을 금전적 여유가 없고 상기 연구소에 접근할 수 없었던 HIV 양성인 임산부는 네비라핀을 입수할 수 없었다는 의미였다. 2001년 8월 HIV/AIDS 치료에 대한 공평하고 저렴한 접근에 찬성하는 캠페인을 벌이는 단체 및 개인 네트워크인 치료행동캠페인은 정부가 네비라핀을 모든 공공병원의 임신부에게 배포해야 하다고 요구하며 정부 정책이 위헌이고 정부의 인권 의무를 존중하지 않고 있다는 이유로 프레토리아 고등법원에 정부를 상대로 청구를 제기하였다. 남아프리카공화국 헌법은 모든 이가 공중보건의료서비스에 접근할 권리 및 어린이의 특별보호권을 인정한다.

42) 예를 들어, 대법원, *벵갈렌시스 협회 외 대 보건사회복지부*, 사건 323:1339, 2000년 6월 1일 참조.
43) 예를 들어, 연방행정법원 제IV부, *마리엘라 비세콘테 대 정부* – 보건사회복지부, 법률 제16.986호에 따름, 1998년 6월 2일 참조.
44) 예를 들어, 대법원, *아나 카리나 캄포도니코 데 베비아크콰 대 보건사회복지부* – 보건 프로그램 사무국 및 종양약품 은행, 2000년 10월 24일 참조.
45) 예를 들어, 대법원, *로베르토 E. 에트체베리 대 민간의료보험회사(Omint Sociedad Anónima y Servicios)*, 1999년 12월 17일자 법무부장관의 소송개요서, 2001년 3월 13일자 법원 판결 참조.
46) *보건부장관 대 치료행동캠페인*(2002) 5 SA 721(헌법재판소) (남아프리카공화국) 및 마크 헤이우드, 「현재 동향: 남아프리카공화국에서의 HIV 모자 감염 예방: 치료행동캠페인 대 보건부 사건의 배경, 전략 및 결과」, 《남아프리카공화국 인권잡지》, 19권, 2부(2003) 참조.

판결: 2002년 12월 프레토리아 고등법원은 치료행동캠페인 승소 판결을 내리고 정부의 제한조치가 불합리하다 판결하였다. 2002년 7월 항소 판결에서 헌법재판소는 프레토리아 판결을 지지하고 정부 정책이 "국민에게 합리적이고 시급한 사회적 필요사항을 고려하는 방식으로 보건의료서비스를 제공해야 하는 헌법적 의무를 이행하지 못했다"고 판결하였다. 헌법재판소는 동 정책이 보건의료서비스에 돈을 지급할 금전적 여유가 없는 가난한 사람들을 차별하였음을 확인하였다.

정부는 연구소가 아닌 공공병원과 클리닉에서의 네비라핀 가용성을 제한하는 조치를 철폐해야 했을 뿐 아니라, HIV 모자 감염을 퇴치하기 위해 보건서비스에 접근해야 할 임신부와 그들의 신생아 권리를 점진적으로 실현하기 위해 가용한 자원 내에서 포괄적이고 조정된 프로그램을 마련 및 시행해야 했다. 이러한 판결은 모자 감염을 줄이기 위한 아프리카의 최대 규모 프로그램 중 하나의 수립으로 이어졌다.

3) 국가인권기구

국가인권기구(NHRI)는 인권을 증진하고 보호하는 중요한 국내 제도이다. 이러한 측면에서 이들 기구가 담당하는 기능에는 정부에 권고안을 제시하고, 정책 또는 입법 변경을 권고하고, 진정을 처리하고, 조사를 실시하고, 국제인권조약의 비준 및 이행을 보장하고, 훈련 및 공공 교육을 제공하는 것이 포함된다.[47] 국가인권기구는 준사법적 기능 및 그들의 법령 개발 기여를 가능하게 하는 권한을 지니는 경우가 많다. 대부분의 이들 기구는 위원회 또는 옴부즈맨으로 분류될 수 있다. 일부 국가는 구체적 보건 옴부즈맨을 지닌다.

대부분의 국가인권기구가 전통적으로 시민권 및 정치적 권리에 노력을 집중해 왔지만 점점 더 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 집중하고 있다. 이들 기구는 건강권 보호를 위한 다른 방안을 제공할 수 있다.

선택된 국가인권위원회 및 건강권

인도 국가인권위원회(http://nhrc.nic.in)의 권한은 인도 헌법과 국제조약이 보장하는 권리를 보호 및 증진하는 것이다. 동 위원회는 건강권에 대해 상당히 적극적이었다. 예를 들어, 동 위원회는 인도 내 보건의료시설 개선 및 의료진의 농촌 지역으로의 배치를 주창하였다. 정부에 건강권에 유리한 정책을 보장하라는 몇몇 권고를 하기도 하였다. 예를 들어, 동 위원회는 마을에 시설을 설립하고, 필수 의약품이 일차보건소에서 이용 가능하도록 적절한 제도를 수립하고, 보건의료시설의 혜

47) 국가인권기구의 지위에 관한 원칙들("파리 원칙"), 1993년 12월 20일자 총회 결의 48/134 참조.

택을 극대화하기 위해 민관협력을 구축하고, 보건부의 면역 프로그램을 정기적으로 조직하여 소아 질환을 가능한 한 빨리 억제할 것을 권고하였다. 2007년 2월 발간된 보고서에서 동 위원회는 인도 내 다수 지역에서의 안전한 식수 부족도 강하게 비난하였다.

동 위원회는 또한 건강에 상당한 부정적 영향을 미치는 수동 청소 금지를 위해 노력해 왔다. 동 위원회는 정부가 수동 청소부의 사회 복귀 및 재적응을 도와야 하고, 은행은 이들에게 유리한 이자율의 대출을 제공하여야 하고, 이들의 자녀에게 교육을 제공하여야 한다고 권고하였다.

핀란드 의회 옴부즈맨(http://www.oikeusasiamies.fi)은 특히 (헌법에 따라 보장되는) 환자의 권리 및 보건의료권과 관련된 건강권 진정을 점점 더 많이 다루고 있다. 2005년 동 옴부즈맨은 적절한 보건서비스의 불가용성, 양질의 치료 접근 및 환자 치료 방식과 관련된 몇몇 진정을 검토하였다. 동 옴부즈맨은 해당 사건에 대한 결정을 내리기 위해 국가의료법률사안위원회와 협의하였다.

멕시코 국가인권위원회(www.cndh.org.mx)는 건강권 진정, 특히 공중보건서비스 제공 거절이나 부적절한 제공 및 의료과실을 점점 더 많이 다루고 있다. 2004년 동 위원회는 폐쇄 시설에 수용되어 있는 심리사회적 장애인의 인권과 관련하여 해당 국가 및 지방 장관에게 일반권고를 배포하였다. 이 권고는 인권 기준 준수 여부를 검토하기 위해 실시된 질의와 전국의 해당 시설 방문에 기반하였다.

나. 지역적 차원의 책임

전술한 바와 같이, 산살바도르 의정서 같은 지역 인권 협약 및 조약은 건강권과 기타 건강 관련 권리를 인정한다.

해당 조약기구 및 법원, 특히 아프리카인권위원회, 미주인권위원회, 미주인권법원, 사회적 권리에 관한 유럽위원회는 건강권 보호 시 중요한 역할을 담당한다.

미주인권위원회는 HIV/AIDS 감염인에게 긴급 구호책을 성공적으로 제공해 왔다.[48] 2001년 동 위원회는 엘살바도르가 3제 병용요법을 제공하지 않음으로써 생명권, 건강권 및 기타 권리에 대한 의무를 준수하지 않았다며 27명의 HIV/AIDS 감염인이 제기한 진정을 검토하였다. 동 위원회는 국가가 이러한 감염인에게 3제 병용요법과 필수 병원을 제공하고 약학적·영양학적 관심을 기울여야 한다는 잠정 조치를 권고하였다. 동 위원회의 비판에 영향받은 엘살바도르 대법원은 국가에 3제 병용요법을 청구인들에게 제공하도록 명령하였다. 인간면역결핍바이러스에 의해 야기된 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률이 그 해 말 통과되어 동 위원회의 많은 관심사를 다루었다.

48) 미주인권위원회, *조지 오디르 미란다 코르테즈 외 대 엘살바도르*, 보고서 제29/11호, 사건 12.249, 증거능력 판결, 2001년 3월 7일.

다. 국제적 모니터링

1) 유엔 조약기구

유엔 핵심 인권조약의 이행은 조약기구[49]로 종종 불리는 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회 또는 아동권리위원회 같은 독립 전문가로 구성된 위원회가 모니터링한다.

당사국의 조약 규정 준수 여부에 대한 모니터링은 당사국이 해당 권리를 국가적으로 어떻게 이행하고 있는지에 대한 정기 보고서 검토를 통해 주로 이루어진다. 상기 위원회는 이러한 보고서와 유엔 기구 및 시민사회단체가 제출하는 기타 관련 정보를 검토한다(이들 보고서는 그림자 보고서 또는 병행 보고서로도 불린다). 당사국의 보고서 검토는 당사국 대표와의 건설적 대화 형태를 띤다.

동 위원회는 이후 긍정적 측면, 우려 및 추가 조치 권고를 명시한 *최종 견해*를 교부한다. 건강권 이행은 인종차별철폐위원회, 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회, 여성차별철폐위원회, 아동권리위원회가 주로 검토한다. 고문방지위원회는 정신보건시설에 수용된 자를 포함한 피구금자의 건강권 접근 및 고문과 성폭력 피해자의 재활에 집중하였다.

또한 인권위원회, 고문방지위원회, 인종차별철폐위원회, 여성차별철폐위원회, 이주노동자위원회, 장애인권리위원회, 강제실종위원회는 *개인진정제도*[50]를 갖추고 있다. 인권 침해 피해자라고 주장하는 자는 관련 조약기구에 진정을 제출할 수 있으며, 동 기구는 (국내 구제책이 소진된 경우에 한해) 이후 관련 당사국에 발견사실과 권고를 교부한다. 아동권리위원회와 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회는 개인진정제도를 갖추고 있지 않다. 2007년 국제사회는 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 선택의정서 초안을 협상하기

49) 조약 모니터링 기구에 대한 더 상세한 정보는 해설집 제10권/1차개정판, 제12권, 제15권/1차개정판, 제16권/1차개정판, 제22권, 제24권/제1차개정판 및 제30권 참조.
50) 장애인권리위원회 및 강제실종위원회는 관련 협약이 발효되면 설립될 예정이다. 해설집 제7권/1차개정판도 참조.

시작하였다. 동 의정서가 채택되면 개인이 건강권 관련 진정을 제기할 수 있는 추가 수단이 제공될 것이다. 이로 인해 기존 조약 관련 제도하에서 현재처럼 이주노동자, 여성 또는 장애인[51] 같은 특정 개인에게 국한되기보다는 건강권의 모든 측면과 관련된 진정이 허용될 것이다.

2) 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 권리에 관한 유엔 특별보고관

"특별 절차"는 인권위원회가 2006년 3월 이후에는 인권이사회가 전 세계 모든 지역의 관심사를 다루기 위해 확립 및 의무화한 제도에 붙여진 통칭이다. 특별 절차 제도에 부여된 권한은 다양할 수 있지만, 통상적으로 특정국에서의 인권 상황 또는 전 세계 주요 인권 주제를 모니터링하고, 검토하고, 공개적으로 보고하는 것이 여기에 포함된다.[52]

인권위원회는 결의 2002/31에서 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 향유할 모든 이의 권리에 관한 특별보고관의 권한을 신설하였다. 폴 헌트가 2002년 초대 특별보고관으로 임명되었다.

건강권에 관한 특별보고관의 권한

- 모든 관련 출처에서 나온 건강권 정보를 수집, 요청, 수령 및 교환한다.
- 정부, 유엔 기구, 전문기구 및 프로그램, 특히 세계보건기구와 유엔에이즈계획뿐 아니라 비정부기구 및 국제금융기관을 포함한 모든 관련 행위자와의 대화 및 가능한 협력을 유지한다.
- 법, 정책, 모범관행 및 장애물을 포함한 건강권 관련 전 세계 상황을 보고한다.
- 건강권 증진 및 보호를 위한 적절한 조치를 권고한다.

특별보고관은 자신의 권한을 이행하기 위해 다음의 세 가지 주요 목적에 노력을 집중하기로 결정하였다.

51) 장애인권리협약 선택의정서의 발효 시.
52) 보다 상세한 내용은 해설집 제27권 참조.

- 다른 자가 건강권을 기본적인 인권으로 홍보하도록 장려 및 독려한다.
- 건강권 내용을 명확히 한다.
- 건강권을 지역사회에서뿐 아니라 국가적으로 및 국제적으로 실현하기 위한 모범관행을 식별한다.

특별보고관의 *업무 방식*에는 국가별 임무 실시, 관심 영역 조사, 해당하는 경우 정부가 건강권 침해 주장과 관련되는 동 침해를 주장하는 개인이나 단체의 청원 검토, 총회 및 인권이사회[53]에 대한 연례 보고가 포함된다.

특별보고관의 연례 보고서는 지금까지 건강권의 출처와 내용의 명확화와 건강권 관련 차별 및 낙인[54]과 함께, 빈곤 감소 전략, 소외 질병, 건강권과 폭력 방지[55] 검토 등을 통한 빈곤과 건강권 사이의 관계를 탐구하며 성·생식 건강권에 중점을 두었을 뿐 아니라 정신 장애와 건강권[56], 모든 이가 접근 가능한 보건체계 및 건강 지표[57], 보건 및 인권 운동[58]에 중점을 두어 왔다.

특별보고관은 또한 *개인 또는 비정부기구로부터 접수된 진정*이 신뢰할 만하고 진지하다고 간주되는 경우 이를 정부에 제기할 수 있다. 일부 건강권 침해 주장은 건강권과 재화 및 서비스 접근 부족이나 피구금자 또는 수형자에 대한 강제 급식, 그들의 직업활동으로 인한 보건 전문가에 대한 박해, HIV/AIDS 상태 같은 건강 상태에 근거한 특정 개인 또는 집단에 대한 차별, 동의하지 않은 의학적 치료 및 강제 불임, 정신병 환자에 대한 학대, 충분한 영양과 위생의 결여 같은 정신보건시설의 부적절한 상태, 이주노동자에 대한 보건

53) 전신기관은 인권위원회임. 전게서.
54) E/CN.4/2003/58.
55) E/CN.4/2004/49.
56) E/CN.4/2005/51.
57) E/CN.4/2006/48.
58) A/HRC/4/28.

서비스 미제공을 언급하였다.[59]

특별보고관에게 정보를 제출하거나 건강권 침해에 대한 주의를 환기시키고자 하는 개인 또는 단체는 다음의 우편주소: United Nations Special Rapporteur on the right to health, OHCHR-UNOG, 8-14 avenue de la Paix, CH-1211 Geneva 10, Switzerland 또는 이메일 주소: urgent-action@ohchr.org을 통해 유엔인권최고대표사무소의 특별보고관과 접촉할 수 있다.[60]

또한 건강권은 교육, 식품, 적절한 주거, 여성에 대한 폭력에 관한 특별보고관 및 인권과 극빈, 구조조정정책 및 외채에 대한 독립 전문가 같은 몇몇 권한과 관련될 뿐 아니라, 독성 위험물과 폐기물의 불법 이동 및 투기 등 인권 향유에 미치는 부정적 영향과 관련된 사안이다.

59) E/CN.4/2005/51/Add.1.
60) http://www.ohchr.org 참조.

부록:
건강권 관련 선택된 국제문서 및 기타 문서
(연대순)

국제조약

- 유엔 헌장(1945)
- 세계보건기구 헌장(1946)
- 유럽사회헌장(1961)
- 모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약(1965)
- 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(1966)
- 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약(1966) 및 그 두 선택의정서(1966 및 1989)
- 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약(1979) 및 그 선택의정서(1999)
- 인간과 인민의 권리에 관한 아프리카 헌장(1981)
- 고문 및 그 밖의 잔혹한, 비인도적인 또는 굴욕적 대우나 처벌의 방지에 관한 협약(1984) 및 그 선택의정서(2002)
- 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 미주인권협약 추가의정서(산살바도르 의정서) (1988)
- 아동권리협약(1989) 및 그 두 선택의정서(2000)
- 독립국에 있어서의 토착민 및 원주민에 관한 ILO 협약 제169호(1989)
- 모든 이주노동자와 그 가족의 권리보호에 관한 국제협약(1990)
- 장애인권리협약(2006) 및 그 선택의정서(2006)

국제 선언, 규범 및 기타 기준

- 세계인권선언(1948)
- 알마아타 선언, 일차보건의료에 대한 국제회의(1978)
- 여성폭력철폐선언(1993)
- 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(1991)
- 장애인의 기회균등에 관한 표준규칙(1993)
- 인간게놈과 인권에 관한 보편선언(1997)
- HIV/AIDS와 인권에 관한 국제 지침: 2006년 통합본

조약기구의 일반논평과 일반권고

- 여성차별철폐위원회, 후천성면역결핍증(AIDS)의 예방과 통제를 위한 국가 계획에 있어서의 여성차별방지에 관한 일반권고 15호(1990)
- 여성차별철폐위원회, 여성에 대한 폭력에 관한 일반권고 19호(1992)
- 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회, 노인의 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 일반논평 6호(1995)
- 여성차별철폐위원회, 여성과 보건에 관한 일반권고 24호(1999)
- 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회, 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 권리에 관한 일반논평 14호(2000)
- 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회, 물에 대한 권리에 관한 일반논평 15호(2002)
- 아동권리위원회, HIV/AIDS와 아동의 권리에 관한 일반논평 3호(2003)
- 아동권리위원회, 아동권리협약 맥락에서의 청소년 건강과 발달에 관한 일반논평 4호(2003)

- 인종차별철폐위원회, 비시민권자 차별에 관한 일반논평 30호(2004)

인권위원회 결의

- 구조조정정책과 외채가 모든 인권의 완전한 향유, 특히 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 미치는 영향에 관한 인권위원회 결의 2000/82 및 2001/27
- 독성 위험물과 폐기물의 불법 이동 및 투기가 인권 향유에 미치는 부정적 영향에 관한 결의 2001/35
- 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 향유할 모든 이의 권리에 관한 결의 2002/31 및 2003/28
- HIV/AIDS 같은 팬데믹 맥락에서의 의약품 접근에 관한 결의 2002/33, 2002/32 및 2003/29

국제회의 결과 문서

- 아동의 생존, 보호, 발달을 위한 세계선언과 세계아동정상회담의 행동계획(1990)
- 환경과 개발에 관한 리우 선언 및 유엔환경개발회의 의제21(1992)
- 세계인권회의가 채택한 비엔나 선언 및 행동계획(1993)
- 카이로 선언 및 행동계획, 세계인구개발회의 보고서, 카이로(1994) - http://www.un.org/popin/icpd2.htm
- 유엔 총회인 "유엔 새천년 총회"가 채택한 유엔 새천년선언(2000)
- 제4차 세계여성대회의 베이징 선언과 행동강령(1995) 및 그 후속 회의인 베이징 + 5(2000)
- 제2차 유엔인간정주회의의 이스탄불 선언과 헤비타트 의제(헤비타트 II)(1996) 및 총회 특별회기에서의 유엔인간정주회의
- 결과 이행의 전반적 검토 및 평가를 위한 도시와 새천년 인간정주 선언(2001)
- 유엔 총회가 HIV/AIDS에 관한 특별 회기에서 채택한 HIV/AIDS에 관한 약속 선언인

"세계적 위기-세계적 행동"(2001)

- 인종주의, 인종차별, 인종혐오 및 불관용에 관한 세계회의의 더반 선언 및 행동계획(2001)
- 제2차 세계고령화회의의 정치선언 및 마드리드 국제 고령화 행동계획(2002)
- 로마 세계식량안보선언과 세계식량정상회의 행동계획(1996) 및 그 후속 선언인 세계식량정상회의 선언: 5년 후, 기아퇴치국제동맹(2002)

선택된 웹사이트

- 유엔인권최고대표사무소, http://www.ohchr.org
- 유엔 인권조약기구, http://www.ohchr.org
- 연례보고서 및 국가 방문을 포함한 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 향유할 모든 이의 권리에 관한 특별보고관, www.ohchr.org
- 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 선택의정서, http://www.ohchr.org
- 유엔아동기금(UNICEF), www.unicef.org
- 유엔인구기금(UNFPA), www.unfpa.org
- 유엔에이즈계획(UNAIDS), www.unaids.org
- 세계보건기구(WHO), www.who.int

약어

- AIDS 후천성 면역결핍증
- HIV 인체면역결핍바이러스
- NHRI 국가인권기구
- OHCHR 유엔인권최고대표사무소

- UNICEF 유엔아동기금
- WHO 세계보건기구

인권해설집*

제2권 국제인권장전(1차개정판)
제3권 인권 분야의 자문 및 기술적 협력(1차개정판)
제4권 고문방지(1차개정판)
제6권 강제 또는 비자발적 실종(2차개정판)
제7권 진정 절차(1차개정판)
제9권 원주민의 권리(2차개정판)
제10권 아동의 권리(1차개정판)
제11권 초법적, 약식 또는 자의적 처형(1차개정판)
제12권 인종차별철폐위원회
제13권 인도주의법과 인권
제14권 동시대적 형태의 노예제
제15권 시민적 및 정치적 권리: 인권위원회(1차개정판)
제16권 경제적, 사회적 및 문화적 권리위원회(1차개정판)
제17권 고문방지위원회
제18권 소수집단의 권리(1차개정판)
제19권 인권 증진과 보호를 위한 국가인권기구
제20권 인권 및 난민
제21권 적절한 주거를 가질 권리
제22권 여성차별: 여성차별철폐협약 및 여성차별철폐위원회
제23권 여성 및 아동의 건강에 영향을 미치는 해로운 전통적 관행
제24권 이주노동자에 관한 국제협약 및 그 위원회(1차개정판)
제25권 강제퇴거와 인권
제26권 자의적 구금에 관한 실무그룹
제27권 유엔 특별보고관 관련 17가지 FAQ
제28권 용병활동이 국민의 자결권에 미치는 영향
제29권 인권운동가: 인권 옹호활동을 위한 권리의 보호
제30권 유엔인권조약제도 - 핵심인권조약 및 조약기구 개론
제31권 건강권

* 해설집 제1권, 제5권, 제8권은 더 이상 발행되지 않는다. 모든 해설집은 http://www.ohchr.org에서 온라인으로 입수 가능하다.

본 *인권해설집*은 유엔 제네바 사무소 유엔인권최고대표사무소에서 발간하였다. 본 해설집은 적극적으로 검토되고 있거나 특별한 관심 대상인 선별된 인권문제를 다룬다.

*인권해설집*은 광범위한 독자들을 대상으로 기본적 인권, 인권 증진과 보호를 위한 유엔의 활동, 인권 실현을 위해 이용 가능한 국제적 제도에 대한 이해 증진을 돕기 위하여 제작되었다. 인권해설집은 무료로 전 세계에 배포된다. 동 해설집의 유엔 공식 언어 이외의 다른 언어로의 재발행은 내용 변경이 없고, 재발행 기관이 제네바 주재 유엔인권최고대표사무소에 고지하고 자료 출처를 명시한다는 조건하에 가능하다.

문의처

유엔인권최고대표사무소(Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights) : United Nations Office at Geneva 8-14, Avenue de la Paix CH-1211 Geneva 10 Switzerland

뉴욕 사무소(New York Office): Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights United Nations New York, NY 10017 United States of America

PART 1

건강권 이해

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

| 제 2 장 |

헌법 상 건강권의 개념 및 그 내용

김주경(춘천지방법원 강릉지원 판사)

1. 문제의 제기

2. 헌법 상 건강권을 인정하기 위한 헌법규정

3. 건강의 개념

4. 헌법 상 건강권의 내용

1. 문제의 제기

헌법재판소는 여러 결정을 통하여 국민의 건강권에 대하여 판단한 바 있다.[1] 하지만 헌법재판소의 위와 같은 결정 속에 국민의 건강권이 구체적으로 무엇을 의미하는지, 그리고 그 내용은 어떠하며 구체적인 사건에 있어서 건강권의 구체적인 내용 중 어떠한 부분이 제한되고 또 침해되는지 여부를 상세하고 구체적으로 검토한 바는 찾을 수 없다.

아마도 위와 같은 이유는 우리 헌법 상 건강권이라는 개념은 아직은 생소한 분야에 속하고, 그에 대한 국민의 의식 또한 높지 않은 이유에 기인한다. 또한 헌법재판소의 사건 중 상당 부분은 의료인의 직업행사의 자유 속에서 국민의 건강권 침해 여부가 부수적으로 주장되고 또 그 안에서 판단되는 구조를 가지고 있어, 국민의 건강권이 헌법분쟁에 있어서 주된 기본권으로 다루어지고 쟁점화되지 않았던 이유가 가장 크다고 생각된다.

예컨대, 치과전문의자격시험을 실시하지 아니하는 부작위가 치과의사 면허를 받은 청구인들의 직업의 자유 등을 침해하였다고 주장하면서, 국민의 일원으로서도 치과전문의 제도가 시행되지 않고 있는 한, 치과분야에 있어서 충분한 의료서비스를 제공받지 못하게 되어 보건권을 침해당하였다는 주장을 부차적으로 하는 경우 등이 그 대표적인 경우라 할 수 있다(헌재 1998. 7.16. 96헌마246, 판례집 10-2, 283, 310-311).

아래에서는 국민의 건강권을 인정하기 위한 헌법적 근거를 살펴보고, 그 구체적인 내용은 어떠한 것인지에 대하여 검토해 보기로 한다.

1) 헌재 2002. 10. 31. 99헌바76, 판례집 14-2, 410, 433-434; 헌재 2002. 12. 18. 2001헌마370, 판례집 14-2, 882, 888; 헌재 2004. 1.29. 2001헌바30, 판례집 16-1, 69, 77-78; 헌재 2004. 8.26. 2003헌마457, 판례집 16-2 상, 355, 361; 헌재 2005. 3. 31. 2001헌바87, 판례집 17-1, 321; 헌재 2005. 5. 26. 2003헌바86, 판례집 17-1, 630; 헌재 2008. 7. 31. 2004헌마1010, 판례집 20-2 상, 236, 236; 헌재 2008. 12. 26, 2008헌마423, 36 등. 헌재 2002. 10. 31. 99헌바76, 판례집 14-2, 410, 433-434; 헌재 2002. 12. 18. 2001헌마370, 판례집 14-2, 882, 888; 헌재 2004. 1.29. 2001헌바30, 판례집 16-1, 69, 77-78; 헌재 2004. 8.26. 2003헌마457, 판례집 16-2 상, 355, 361; 헌재 2005. 3. 31. 2001헌바87, 판례집 17-1, 321; 헌재 2005. 5. 26. 2003헌바86, 판례집 17-1, 630; 헌재 2008. 7. 31. 2004헌마1010, 판례집 20-2 상, 236, 236; 헌재 2008. 12. 26, 2008헌마423, 36 등.

2. 헌법 상 건강권을 인정하기 위한 헌법규정

가. 간접적인 근거규정

'건강'이라는 요소가 우리 인간에게 주는 의미 내지 중요성을 감안하여 헌법 상 건강권을 도출할 수 있는 헌법규정으로는 다음과 같은 것들을 들 수 있다.

먼저, 우리 헌법은 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가진다(제10조)고 규정하고 있다. 인간의 존엄과 가치는 헌법의 최고원리이며 헌법질서의 구조적 원리로서 다른 헌법규정에 대하여 지도적인 원리이며 기본권 질서의 이념적 출발점이다.[2] 인간의 존엄과 가치가 가지는 위와 같은 이념은 어떤 기본권이든지 그 기본권의 간접적 근거가 될 수 있어 특정 기본권의 헌법적 근거로 인간의 존엄과 가치를 거론하는 것이 어쩌면 무의미한 것으로 생각될 수 있다.

하지만, 인간에게 있어 '건강'이라는 의미를 되새겨 본다면 인간의 존엄과 가치를 규정하고 있는 헌법 제10조가 적어도 헌법 상 건강권의 근거에 있어서는, 모든 기본권의 간접적 근거가 될 수 있다는 정도를 넘어서는 중요한 헌법적 의미를 가진다고 할 수 있다.

인간에게 있어 건강이라는 문제는 인간으로서의 생명이 다하는 순간까지 문제되는 삶의 핵심적인 영역이며, 건강하지 아니한 상태는 때로는 인간의 생명을 위협하고 그 생명을 중단시키는 가장 큰 요인이 되기도 한다. 자신이 질병에 걸려 건강이 위협받게 되는 상황에서 인간의 존엄과 가치가 온전히 향유되고 있다고 생각하는 사람은 드물다. 즉, 건강이라는 것은 인간의 존엄과 가치를 보장하기 위한 가장 필요하고도 기본적인 전제조건에 해당한다.

나아가 인간의 존엄과 가치를 근거로 생명권이 보장되는데, 생명권은 인간의 생존과

2) 전광석, 『한국헌법론』(법문사, 2011), 243쪽 이하 참조.

존재목적에 바탕을 둔 선험적인 권리이며, 모든 기본권의 전제이다.[3] 건강권은 이러한 생명권과도 밀접 불가결하다. 건강을 상실한 상태, 즉 질병의 상태는 그 정도가 심각한 경우 생명 상실이라는 결과로 이어질 수 있으므로 건강권은 국민이 가지는 생명권이라는 기본권의 기초가 되고 전제가 되는 것이다.[4]

다음으로 들 수 있는 간접적인 헌법규정은 헌법 제35조 제1항이며, 그 내용은 '모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가진다'는 것이다. 우리 헌법전의 문면들을 종합하여 볼 때, 헌법에서 '건강'이라는 표현을 명시적으로 사용하고 있는 조항은 헌법 제35조 제1항이 유일하다. 한편 위 조항에서 '건강'은 단순히 '환경'을 수식하는 위치에 있으므로 위 조항이 '환경권'을 인정한 직접적인 근거조항이 되는 것은 별론으로 하더라도, '건강권'을 인정한 간접적인 조항이 아니라고 볼 여지가 있다. 하지만 위 조항에서의 '환경'은 산·대기·물 등과 같은 자연환경을 의미하는 이외에 유적 등과 같은 문화적 환경·교육·의료와 같은 사회적 환경도 포함되는 것으로 보는 것이 타당하며,[5] 열악한 환경은 건강에 유해한 조건이라는 의미에서 헌법 제35조 제1항은 건강권을 인정할 수 있는 간접적 근거조항이라 할 것이다.

3) 전광석, 앞의 책, 247쪽.

4) 헌법재판소도 생명권과 건강권을 하나의 사건에서 동시에 고려함으로써 위 양자의 권리를 서로 밀접한 기본권으로 보고 있다고 보인다. 「이 사건 법률조항이 의료인이 아닌 자의 의료행위를 전면적으로 금지한 것은 매우 중대한 헌법적 법익인 국민의 생명권과 건강권을 보호하고 국민의 보건에 관한 국가의 보호의무(헌법 제36조 제3항)를 이행하기 위하여 적합한 조치로서, 위와 같은 중대한 공익이 국민의 기본권을 보다 적게 침해하는 다른 방법으로는 효율적으로 실현될 수 없으므로, 이 사건 법률조항으로 인한 기본권의 제한은 비례의 원칙에 부합하는 것으로서 헌법적으로 정당화되는 것이다(헌재 2002.12.18. 2001헌마370, 판례집 14-2, 882, 888; 헌재 2005. 3.31. 2001헌바87, 판례집 17-1, 321; 헌재 2005. 5.26. 2003헌바86, 판례집 17-1, 630; 헌재 2008. 7.31. 2004헌마1010, 판례집 20-2 상, 236, 236).」

5) 김철수, 『헌법학신론』, 박영사, 2008, 777쪽: 성낙인, 『헌법학』, 법문사, 2011, 766쪽. 이에 대하여는 환경의 개념을 확대하는 것이 타당할 수도 있지만, 환경권의 권리로서의 보장의 면에서 실효성을 오히려 약화시킬 수 있는 우려가 있으므로, 환경의 개념을 문화적 환경이나 사회적 환경까지 확대하는 것이 바람직하지 아니하다는 견해도 있다(정종섭, 『헌법학원론』(박영사, 2008), 746쪽 참조).

나. 직접적인 근거규정

우리 헌법 상 건강권의 직접적인 근거가 될 수 있다고 보이는 헌법 조항으로는 헌법 제34조 제1항 및 제36조 제3항을 들 수 있다.

'건강'을 명시적으로 표현하지 않았다고 하더라도 건강권이라고 하는 헌법 상 기본권을 구체화하고, 현실화하는 단계에서 가장 중요한 헌법적 근거조항은 '인간다운 생활'을 규정하고 있는 헌법 제34조 제1항이라고 할 것이다. 현대사회에서 개인에게 닥치는 추상적 혹은 구체적인 상황을 원인으로 정상적인 생활을 영위할 수 없는 개인에게 국가는 인간다운 생활을 보장하여야 한다.[6] 인간다운 생활을 보장할 국가의 과제는 물질적인 최저생활보장을 의미하는가, 아니면 문화적인 최소한의 생활보장까지도 포함하는가에 대한 견해의 대립이 있다. 건강에 대한 침해상태, 즉 질병의 상태가 장기적으로 계속된다거나 질병의 정도가 매우 중하다면 이로 인해서 인간의 노동능력은 저하되고 그로 인한 경제활동 능력의 타격은 물질적인 최저 생활조차 유지할 수 없는 결과를 야기할 수 있고,[7] 이러한 결과는 문화적인 최소한의 생활보장까지도 심각하게 위협하게 되는 것은 물론이다. 따라서 헌법 제34조 제1항의 보호범위를 최소화하여 그 범위가 물질적인 최저생활보장이라고 하더라도 건강권은 헌법 제34조 제1항이 정하는 인간다운 생활을 할 권리를 직접적인 근거로 하여 인정될 수 있는 기본권이라고 할 것이다.

다음으로, 헌법 제36조 제3항은 '모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다'라고 규정하고 있다.[8] 위 조항은 '건강'이라는 용어 대신에 '보건'이라는 용어를, '권리를 가

6) 전광석, 앞의 책, 399쪽 참조.

7) 인간의 질병으로 인한 경제적 능력의 상실은 한 개인의 문제로 시작해서 개인이 부양하고 있는 가족의 문제로, 다시 가족을 최소구성단위로 하는 우리 사회의 문제로 확대될 수 있다.

8) 보건에 관한 권리가 헌법에 처음으로 규정된 것은 제1차 세계대전 이후 바이마르 헌법이었다. 바이마르 헌법은 「가족의 순결과 건강은 유지되어야 하며 국가와 공공단체는 이를 지원하여야 한다.」(제119조 제2항)라고 하여 가족의 건강을 국가적 차원에서 지원하는 규정을 두고 있었다[권영성, 『헌법학원론』(법문사, 신판), 612쪽]. 제2차 대전 이후인 1948년 세계인권선언에서 "인간은 누구나 태어날 때부터 건강을 향유할 권리가 있으며, 국가 사회는 이러한 권리를 보장할 의무가 있다."라

진다'는 표현이 아니라 '국가의 보호를 받는다'는 표현을 사용함으로써, 위 조항이 과연 건강권의 직접적인 근거가 될 것인지에 대하여 의문을 갖게 한다.

하지만 '보건'이라 함은 국민이 자신의 건강을 유지하며 생활하는 것으로서,[9] '건강'이라는 개념과 동일하다. 또한 헌법이 비록 '보건에 관한 권리를 가진다'라고 규정하지 아니하고, '국가의 보호를 받는다'라고 규정하고 있다고 하더라도 이는 국민의 건강에 대한 국가의 보호의무를 정하고 있는 동시에 일정한 범위에서의 건강권을 보장하고 있는 것[10]이라고 보는 것이 자연스럽다.[11]

헌법재판소도, "헌법 제36조 제3항이 규정하고 있는 국민의 보건에 관한 권리는 국민이 자신의 건강을 유지하는 데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리를 말하는 것으로서, 국가는 국민의 건강을 소극적으로 침해하여서는 아니 될 의무를 부담하는 것에서 한걸음 더 나아가 적극적으로 국민의 보건을 위한 정책을 수립하고 시행하여야 할 의무를 부담한다는 것을 의미한다"고 판시한 바 있다(헌재 1995. 4. 20. 91헌바11, 판례집 7-1, 478, 491:헌재 2009. 11. 26. 2007헌마734, 판례집 21-2 하, 576, 597).

따라서 헌법 제36조 제3항은 건강권을 헌법 상 인정할 수 있는 직접적인 근거조항이 된다고 할 수 있다.

다. 소결

이상의 내용을 정리하면, 우리 헌법이 건강권을 인정하고 있는 것으로 볼 수 있는 간

고 규정한 이래 몇몇 국가에서 국민의 보건에 관한 권리나 국민보건에 관한 국가적 의무를 규정하고 있다[한국의료법학회, 『보건의료법학』(동림사, 2003), 39쪽)].

9) 정종섭, 앞의 책, 689쪽.

10) 정종섭, 앞의 책, 689쪽 참조.

11) 이러한 형식의 규정으로는 헌법 제10조 후문을 들 수 있다. 위 조항은 '국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.'라고 규정하고 있다, 즉 위 조항은 국가의 보장의무를 규정하고 있는 형식을 취하고 있으나. 실질적으로 위 조항은 개인이 가지는 불가침의 기본권을 인정하는 근거조항이라고 보아야 한다.

접적인 근거조항 내지 기본권으로서, 헌법 제10조가 규정하는 인간의 존엄과 가치 및 생명권, 헌법 제35조 제1항이 규정하고 있는 건강한 환경에서 생활할 권리 등이 있고, 직접적인 근거조항으로는, 헌법 제34조 제1항이 규정하는 인간다운 생활을 할 권리 및 헌법 제36조 제3항이 정하고 있는 국가의 보건의무 등이라고 할 것이다.[12]

라. 헌법 개정안

2017년 국회 헌법개정특별특별위원회(이하 '개헌특위'라 한다)는 다음과 같이 새로운 기본권으로서 건강권의 신설안을 검토하였는데, 주요 쟁점사항은 보건에 관한 국가의 보호를 '보건권(또는 건강권)'으로 명시하여 기본권적 성격을 강조하고 별도 조항으로 규정할지 여부였다.

별도 조항으로 규정하여야 한다는 주요 논거는 현재 선언적·추상적으로 규정되어 있는 보건권(또는 건강권)을 적극적· 구체적으로 명시함으로써 국민의 보건권(또는 건강권)을 강화할 필요가 있으며, 보건권(또는 건강권)은 혼인·가족생활 및 모성에 관한 국가의 보호와 그 성격이 상이하므로 보건권(또는 건강권)을 별도 조항으로 규정할 필요가 있다는 것이었고, 명시적 규정의 유보 논거는 현재도 판례에 의하여 보건권이 인정되고 있고(헌재 1998. 7. 16. 96헌마 246, 헌재 2015. 4. 30. 2012헌마38 등), 시대변화에 따라 새로운 기본권을 모두 규정하기는 한계가 있으므로 현행을 유지할 필요가 있다는 것이었다.

개헌특위는 보건에 관한 규정을 혼인·모성보호 등과 함께 규정하고 있는 현행 헌법은 부족한 측면이 있으므로 보건권을 별도로 명시할 필요가 있다는 의견이 개진되는 등 보건권(또는 건강권) 신설에 대체로 공감하였다.

12) 보건의료기본법 제2조를 참조하면 다음과 같다. 제2조(기본이념) 이 법은 보건의료를 통하여 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하고 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 제도와 여건을 조성하며, 보건의료의 형평과 효율의 조화를 기할 수 있도록 함으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본이념으로 한다.

외국 입법례로는, "공공기관은 법률이 정한 세부사항에 따라 모든 국민에게 적절한 사회, 보건, 의료 서비스를 보장하고 국민의 건강을 증진한다(핀란드 헌법 제19조).", "누구든지 회원국의 법 및 관습이 정하는 조건에 따라 예방의료를 받을 권리와 치료를 받을 권리를 갖는다. 유럽연합의 모든 정책과 활동의 정의와 시행에 있어서 높은 수준의 인간 건강 보호가 확보되어야 한다(EU 기본권 헌장 제35조)." 등이 있다.

3. 건강의 개념

가. 서설

헌법재판소는 건강권을 여러 가지 사건에서 언급하고 있지만, 건강권에 의하여 보호되는 실체적인 내용에 해당하는 '건강'이 과연 무엇인지에 대한 설시는 찾아볼 수 없다. '건강'이라는 용어는 그 자체에서 다분히 보건학적인 색채를 띠고 있다. 하지만 헌법 상 건강권이 공법 상 권리로서 주장되고, 보호받기 위해서는 보건학적 개념과는 다른 규범학적인 접근이 필요하다.

아래에서는 일단 건강이라는 개념을 사전적·보건학적 관점에서 출발하여 규범학적 관점에 이르기까지 새로운 시각으로 조명해 보기로 한다.

나. 건강의 사전적 의미

'건강'은 사전적으로 여러 가지로 정의되고 있는바, 이를 소개하면 다음과 같다. '건강'은 사람이 주위 환경에 계속적으로 잘 대처해 나갈 수 있는 신체적·감정적·정신적·사회적 능력의 정도를 말한다.[13] 건강이란 적극적으로 완전한 신체적·정신적·사회적 안녕의 상태

13) 브리태니커 백과사전 참조.

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

를 말하며, 단지 질병이 없거나 허약하지 않은 소극적인 의미에 그치지 아니한다. 건강은 생존의 목적이 아닌, 일상생활에 잘 대처할 수 있는 능력을 말하는 것으로 신체적 역량뿐만 아니라, 사회적·개인적 대처 능력을 강조하는 긍정개념이며,[14] 정신적·육체적인 이상(異常)의 유무를 주된 관점으로 본 몸의 상태나 몸에 탈이 없고 튼튼함을 말한다.[15]

다. 건강의 의학적 또는 보건학적 개념 정의

1) WHO(World Health Organization)의 '건강'에 대한 정의

가) WHO는 1948년 창설 당시 그 헌장(Constitution of the World Health Organization)[16]

14) 위키피디아 참조.

15) 『엣센스 국어사전』, 민중출판사 참조.

16) 위 헌장의 전문은 다음과 같다.

THE STATES Parties to this Constitution declare, in conformity with the Charter of the United Nations, that the following principles are basic to the happiness, harmonious relations and security of all peoples:(헌장에 서명한 국가들은 유엔헌장에 따라 다음의 원칙들이 모든 사람들의 행복, 조화로운 인간관계, 그리고 안전을 위하여 가장 기본적인 것임을 선언한다).

- Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity(건강은 단지 질병에 걸리지 않거나 허약하지 않은 상태뿐만 아니라, 육체적, 정신적, 사회적으로 온전히 행복한 상태를 말한다).
- The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition(인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 혹은 사회적 조건에 따른 차별없이 최상의 건강 수준을 유지하는 것이 인간이 누려야 할 기본권의 하나이다).
- The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States(인류의 건강은 평화와 안전을 보장하기 위한 기본 전제이며, 개인과 국가 사이에 충분한 협조를 통해서 이룰 수 있다).
- The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all(어느 국가에서든 국민의 건강을 증진하고 보호하기 위한 노력은 가치 있는 일이다).
- Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease, especially communicable disease, is a common danger(건강 증진과 질병 특히 전염병 관리에서 국가 간의 차이는 공동의 위험이 된다).
- Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development(어린이가 건강하게 자라는 것이 무엇보다도 중요하며, 변화하는 환경과 조화를 이루며 살아 나가는 능력은 어린이의 성장에 꼭 필요하다).
- The extension to all peoples of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health(모든 사람들이 의학, 심리학 및 관련 분야의 지식을 통한 혜택을 누릴 수 있어야만 최상의 건강상태를 유지할 수 있다).
- Informed opinion and active co-operation on the part of the public are of the utmost importance in the improvement of the health of the people(일반 사람들이 충분한 지식을 바탕으로 적극적으로 서로 협력하는 것이

을 통하여, 건강은 완전한 신체적, 정신적 상태 및 사회적 안녕을 의미하며, 단순히 질병이나 허약(infirmity)이 없는 것만을 의미하는 것은 아니라고 정의하였다.[17] WHO의 위와 같은 건강에 대한 정의내림에 대하여 미국의 테리스 교수는 건강상태나 상병상태는 어떤 절대치가 아니고 정도의 차를 가지고 연속된 상태이므로 WHO의 건강에 대한 정의 중 '완전한(complete)'이라는 어휘는 삭제되어야 한다고 주장하였다.[18] 또한 위와 같은 정의자체는 건강권을 구체화시키고 실현시키는 데에 있어서 아무런 실질적 역할을 하지 못한다는 의미에서 위 정의의 기능적 가치 흠결(lack of operational value)[19]을 이유로 이를 비판하거나, 또는 1948년 이후로 수정되지 않고 있는 위와 같은 정의를 '단순히 나쁜 것(simply bad one)'으로 비판하기도 하였다.

나) WHO는 1986년 건강증진을 위한 오타와 헌장(Ottawa Charter for Health Promotion)에서 다시 건강에 대한 개념정의를 시도하였다. 위 헌장에서 건강이란 삶의 목표가 아닌, 일상적인 생활을 위한 수단이며, 건강은 신체적 능력은 물론 사회적·개인적 수단을 강조하는 적극적 개념이라고 규정되었다.

WHO가 건강의 개념을 위와 같이 재정립한 것은 아마도 이전의 정의규정에 포함된

인류 건강 증진을 위해 매우 중요하다).

· Governments have a responsibility for the health of their peoples, which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures(정부는 국민의 건강에 대한 책임을 다하기 위해 적절한 보건 및 사회 제도를 마련해야 한다).

· ACCEPTING THESE PRINCIPLES, and for the purpose of co-operation among themselves and with others to promote and protect the health of all peoples, the Contracting Parties agree to the present Constitution and hereby establish the World Health Organization as a specialized agency within the terms of Article 57 of the Charter of the United Nations(이러한 원칙 아래, 이 헌장에 서명한 국가들은 서명국들뿐만 아니라 다른 국가들과도 서로 협력하여 인류의 건강을 증진시키고 보호하고자 한다. 이를 위하여 우리는 이 헌장에 동의하고, 유엔헌장 제57조의 특별 기구로서 세계보건기구를 설립한다).

17) Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

18) 김정순외, 『일반보건학』(서울대학교출판부, 1994), 20쪽 이하 참조.

19) 위와 같은 의미는 건강권에 대한 WHO의 정의가 실질적인 문제해결에 아무런 도움이 되지 못한다는 인식에 근거한 것으로 보인다.

'완전한'이라는 상태는 극히 이상적이고 지향적인 성격을 가지는 것에 기인한 것으로 보인다. 건강을 가장 이상적인 상태라고 정의하는 한, 건강에 대한 침해나 제한 문제는 언제나 문제되지만, 실질적으로 그러한 침해나 제한을 극복하고 시정하는 면에서는 별로 도움이 되지 않는 추상적 시도에 불과한 결과를 가져온다. 건강이라는 것을 우리가 달성하여야 하는 삶의 과제로 보지 아니하고, 우리가 일상생활을 유지하는 데 필요한 도구적인 성격으로 파악한 WHO의 1986년의 위와 같은 정의는 건강이라는 문제를 우리의 생활 안에서 문제 삼고 또한 이와 관련하여 제기된 문제점을 실질적으로 해결한다는 측면에서 중요한 전환점이라고 보인다.

WHO는 1998년 육체적, 정신적, 사회적 관점에서의 건강에 대한 정의에 '영적 안녕(spiritual well-being)' 부분을 새로이 추가함으로써,[20] 건강을 정의함에 있어, 위와 같은 4가지 영역을 동시에 고려하고 있음을 알 수 있다.

2) 건강에 대한 보건학적 개념정의

가) 건강을 정의하고 있는 보건의학 관련 교과서를 살펴보면, 위에서 설명한 건강에 대한 '사전적 의미'나 'WHO'의 건강에 대한 정의를 크게 벗어나지 않음을 확인할 수 있다. 대부분의 교과서는 WHO의 건강에 대한 개념을 그대로 차용하면서 건강에 대한 정의를 마무리하고, 이후 논의는 질병으로 이어지는 것이 일반적인 전개방식이다.

나) 일부 교과서[21]는 건강에 대한 보다 구체적인 판단기준이나 척도를 제시하고 있는데 이를 살펴보면 다음과 같다.

건강지표는 인간의 개인, 가족, 사회 또는 인구단위의 건강수준이나 특성을 설명하는

20) "Health is a dynamic state of complete physical, mental, social and spiritual well-being and not merely the absence of disease or infirmity."
21) 곽정옥외, 『현대 보건학』(효일문화사, 1997), 16쪽 이하 참조.

기준으로서 개인이나 지역사회의 건강수준을 가장 직접적으로 나타내는 것이다. 여기에는 비례사망지수, 평균수명, 인구사망률, 영아사망률, 질병이환률, 기생충감염률이 있고, WHO는 한 나라의 건강수준을 표시하여 다른 국가들과 비교할 수 있는 지표로서 다음의 세 가지를 제시하고 있다. ① 비례사망지수(proportional mortality indicator), ② 평균수명(expectation of life), ③ 보통사망률(crude death rate)이 그것이다.

건강상태를 보다 정확하게 알기 위해서는 검사가 요구되나, 일반적으로 다음과 같은 요소들이 건강의 척도로 이용된다. ① 질병이 없고 신체의 기능장애가 없어야 한다. ② 신체에 대한 아무런 이상을 느끼지 않아야 한다. ③ 쾌활함을 느낀다. ④ 적당한 정력(vigor)이 있다. ⑤ 일상생활의 보람을 느낄 수 있다. ⑥ 체중의 안정을 느낀다. ⑦ 심신의 안락과 이완을 느낀다. ⑧ 좋은 식욕이 있다. ⑨ 숙면과 충분한 휴식을 취한다.

건강한지 여부를 확인할 수 있는 위와 같은 지표는 극히 주관적이라고 볼 수 있다. 즉, 외부적 환경이 동일하다는 것을 전제로 할 때, 면역력이나 스트레스 조절능력이 상대적으로 떨어지는 사람의 경우에는 그렇지 못한 사람에 비하여 위의 지표에 부정적인 반응을 보이는 경우가 많을 것이다.

Halbert L. Dunn은 각각의 사람은 자신에게 가능한 안녕상태, 즉 최적(optimal)의 기능상태를 가지고 있는 것이며, 사소한 몇 가지의 건강결함을 가지고 있다고 하더라도 일상생활을 유지할 수 있다고 지적한다. 즉 신체적·사회적·정신적으로 완전한 안녕상태를 성취한 사람은 아주 드물며 자신이 도달할 수 있는 최적의 건강상태(optimal health)가 가장 기초적인 개념이라는 것이다.

한편 Rene Dubos는 WHO가 제시한 건강을 정의함에 있어서 영역별로 고려되어야 할 구체적인 기준을 제시하고 있는데, 이를 소개하면 다음과 같다.[22]

22) 아래의 구체적인 기준들을 크게 분류하여 보면, ①, ③, ④는 기본적으로 개인적 차원의 것이며, ②, ⑤는 사회적 차원의 것으로 나누어 볼 수 있다.

① 신체적 건강(physical health) - 신체의 크기와 모양, 감각의 예민성, 질병에 대한 감수성, 신체기능, 회복능력, 특정 업무의 수행능력 등

② 사회적 건강(social health) - 다양한 사회적 적응능력과 사회적 기능을 수행할 수 있는 대인관계 능력

③ 정신적 건강(mental health) - 스트레스에 적응해 나가는 능력과 건전한 사고능력

④ 정서적 건강(emotional health) - 적절한 시기에 감정표현을 할 수 있는 감정조절능력이 이에 포함되는데, 정서적인 면에서 자기 감정관리 상태가 안녕한 상태로서 남을 잘 이해하고 용서할 줄 알고 이웃을 사랑하는 태도

⑤ 환경적 건강(environmental health) - 외부환경에 대한 평가 및 환경상태를 보존·보호·증진하기 위한 역할

라. 건강에 대한 헌법학적 정의 및 개별 법령에서의 정의

(1) 국내의 헌법 교과서나 개별 법령에서 건강이 무엇인지에 대하여 직접적이고 구체적으로 정의하고 있는 것은 발견되지 아니한다.

학자에 따라서는 보건에 관한 헌법규정은 건강하고 위생적인 생활환경을 조성함으로써 모든 국민이 가정과 사회에서 '질병의 노예'가 되지 않고 개성을 신장시키며 행복을 추구할 수 있도록 적극적인 보건정책을 펴 나갈 국가의 의무를 수반하는 국민의 권리라고 정의한다.[23] 위와 같은 보건에 관한 권리의 정의에서 적어도 건강의 대립적인 용어는 '질병'이며, 질병이 없는 상태를 건강한 상태로 설명할 수 있다.[24] 또한 '보건'이라 함은 국민이 자신

23) 허영, 『한국헌법론』(박영사, 신정 11판), 415쪽.

24) 보건권 내지 건강권에 관한 위와 같은 정의가 건강에 대한 정의라고 할 수 없지만, 질병이 없는 상태를 일응 건강하다고 볼 수 있다는 한도 내에서, 건강에 대한 개념을 설명하고 있다고 보이며, 이는 앞에서 설명한 건강의 소극적 개념정의에 해당한다.

의 건강을 유지하며 생활하는 것을 의미하고, 건강은 자연적으로 타고 나는 것이지만, 타고난 건강을 자연적으로 유지·향상시키는 것에는 필요한 최소한의 범위 내에서 국가가 이를 보호할 의무가 있다고 설명한다.[25] 위와 같은 정의도 물론 건강을 구체적·적극적으로 정의하였다고 보기는 어렵지만, 건강에 영향을 미칠 수 있는 유전적 소질을 건강의 주요한 척도로 삼았다는 점에서는 의미가 있다. 하지만, 건강을 사회적 차원이 아닌 개인적 차원에서 개념 정의함으로써 건강권 실현을 위한 적극적 사회보장제도의 구체화에는 도움이 되지 못하는 위험성을 내포하고 있다.

한편 건강은 개인적으로 존엄성을 가진 인간으로서 살아 갈 수 있는 전제조건일 뿐만 아니라, 행복 그 자체이자 행복을 추구할 수 있는 기본조건이며, 국민의 건강은 국가공동체의 존립과 발전의 기본적 요소라고 정의하는 입장도 있다.[26] 건강에 대한 위와 같은 정의는 자연과학에 기초한 보건학적인 색채를 배제하고 헌법적으로, 또는 규범적으로 건강을 정의하고 있는 견해라고 보인다. 위와 같은 정의는 자연과학적 요소를 벗어나 헌법적·규범적인 차원에서 접근되어진 것으로 보인다. 다만 건강을 다른 기본권이나 가치에 빗대어 정의함으로써, 정작 "건강"이 무엇인지에 대한 실체적인 내용은 없어 다소 공허한 것으로 보인다. 어쩌면 위와 같은 정의는 헌법 상 '건강'의 기능 또는 가치를」 묻는 질문에 대한 답변 정도가 아닌가 생각된다.

(2) 개별 법령에서 건강에 대하여 정의하고 있는 규정이 있는지를 살펴보면 다음과 같다.

① 『건강가정기본법』은 명시적으로 '건강'에 대하여 정의하고 있지는 않다. 다만 "건강 가정"이라 함은 가족 구성원의 욕구가 충족되고 인간다운 삶이 보장되는 가정을 말한

25) 정종섭, 앞의 책, 689쪽.
26) 계희열, 『헌법학(중)』(박영사, 신정판), 801쪽. 하지만 이에 대하여는 지나치게 공동체적인 발상에 기초하고 있다는 비판이 가능하다.

다(법 제3조 제3호)고 규정하고 있어, 건강이라는 것이 개인의 욕구 충족이나 인간다운 삶과 밀접한 관련이 있음을 간접적으로 표현하고 있다. 또한 국가가 가정의 원활한 기능을 수행하도록 지원하는 사항에, 가족 구성원의 정신적·신체적 건강지원(법 제21조 제2항 제2호)을 포함시킴으로써, 건강의 신체적인 측면은 물론 정신적인 측면도 고려하고 있음을 알 수 있고, 국가 및 지방자치단체는 영·유아, 아동, 청소년, 중·장년 등 생애주기에 따른 종합적인 건강증진대책을 마련하도록 하고 있어(법 제24조), 건강을 파악함에 있어 연령 또한 고려하고 있음을 알 수 있다.

② 『건강검진기본법』은 그 기본이념을 국가건강증진을 통하여 모든 국민이 건강위험요인과 질병을 조기에 발견하여 치료를 받음으로써 인간다운 생활을 보장받고, 건강한 삶을 영위하는 것이라고(법 제2조) 규정하고 있어, 건강의 장해요인으로써 질병을 거론하고 있고, 건강은 인간다운 생활과 관련성이 있음을 표현하고 있다.

③ 『국민건강증진법』은 국가가 혼인과 가정생활을 보호하기 위하여 혼인 전에 혼인 당사자의 건강을 확인하도록 권장하여야 한다(법 제6조 제2항)고 규정하고 있어, 건강은 혼인과 가족생활의 내용을 좌우할 수 있는 중요한 요소가 될 수 있음을 간접적으로 표현하고 있다.

마. 건강에 대한 정의내림의 전환

건강을 규범학적인 보호영역으로 끌어 들이기 위한 정의는 매우 어려우며 이는 아래와 같은 이유에 기인하는 것으로 보인다.

먼저, 건강이라는 것이 본질적으로는 자연과학적·의학적 차원에서 논의가 시작되는 것이어서 규범학의 범위 내에서 자연과학적·의학적 요소를 완전히 배제하고 규범적으로만

정의하는 것은 불가능하다.

또한 건강은 각 개인이 타고 나는 유전적 소질이나 처해 있는 환경에 따라 달라질 수 있는 성질의 것이기 때문에 각 개인에 따른 건강상태는 천차만별로 달라질 수 있는 극히 주관적인 것이다. 극단적으로 건강은 개인의 주관적인 느낌에 가까울 수도 있다. 건강에 해로운 환경이나 물질에 노출되었을 때, 여러 가지 요인으로 신체적 방어력이 좋은 사람은 건강에 아무런 장애를 느끼지 못하지만, 그렇지 못한 사람은 쉽게 자신의 건강에 이상을 느끼게 된다. 위와 같은 경우 신체적 방어력이 좋지 아니한 사람이 건강에 해로운 환경 등을 초래한 국가 등에게 자신의 건강권이 침해되었음을 다툴 때, 과연 어떠한 기준으로 건강에 대한 유해 여부를 판단할 수 있는지에 대한 어려움이 있다. 이처럼 건강권이 막상 보호하여야 하는 내용인 '건강' 그 자체는 개인에 따라 매우 다른 양상을 가지게 된다.

따라서 건강을 규범적으로 정의하려는 시도는 건강권의 내용에 해당하는 구체적인 권리를 찾아내는 구체화 작업으로 전환되는 것이 타당하다. 헌법재판소도 이러한 정의내림을 헌법 제10조가 정하는 행복추구권에서 시도한 바 있다. 즉, 헌법재판소는 『헌법 제10조 전문은 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 지니며, 행복을 추구할 권리를 가진다고 규정하여 행복추구권을 보장하고 있고, 행복추구권은 그의 구체적인 표현으로서 일반적인 행동자유권과 개성의 자유로운 발현권을 포함한다』고 판시하였다.[27] 위 판시를 살펴보면 헌법재판소는 행복추구권의 내용인 '행복'에 대하여 구체적으로 정의하지 않고 구체적인 표현으로서의 일반적 행동자유권과 개성의 자유로운 발현권 등이라는 권리를 찾아냄으로써 행복추구권의 내용인 '행복'을 구체화한 것이라고 해석할 수 있는 것이다.

자연과학적·의학적인 개념에 해당하는 '건강'을 무리하게 규범의 영역 내에서 정의하

27) 헌재 1991. 6. 3. 89헌마204, 판례집 3, 268, 275; 헌재 1998. 5. 28. 96헌가5, 판례집 10-1, 541, 549; 헌재 1998. 10. 29. 97헌마345, 판례집 10-2, 621, 633 등.

고자 하는 것은 난해할뿐만 아니라 바람직하지도 않다. '건강'을 정의하기 위해서는 의학적 판단에 적용되는 '정상치'가 활용되게 되는데, 개인의 유전적, 환경적 요인에 따라 위와 같은 정상치는 무기력한 것이 되는 경우가 많고, 이는 건강을 규범적으로 보호하기 위해 규정된 건강권이라는 기본권을 무의미하게 만드는 결과가 된다. 또한 건강에 대한 무리한 개념정의 시도는 건강권이 문제되는 시기를 늦추거나 아니면 매우 가변적인 것으로 만들 우려도 있다. 예컨대, 국가가 유효성과 안전성이 증명되지 아니한 백신 접종을 시행하는 경우, 국민들은 건강권의 한 내용이 될 수 있는 '건강침해의 예방청구권'이라는 구체적인 권리를 근거로 하여서는 시행이 임박하거나 시행초기인 경우에라도 국가의 위와 같은 백신 접종을 중지시킬 수 있다. 반면, 건강의 개념을 자연과학적·의학적인 개념을 차용하여 그 내용을 확정하는 경우에는 위와 같은 백신이 부작용을 일으킬 수 있는 확률에 주목하게 되어, 추상적인 확률이 정상치를 벗어나거나 구체적인 사고로 표면화되고 현실화되는 시기에 비로소 건강권이라는 문제가 제기된다. 또한 개인의 면역반응은 매우 다양하므로 국민 개개인의 입장에서도 건강권을 주장할 수 있는 시기가 매우 유동적이 될 수 있다.

따라서 건강이 무엇인지에 대하여 적극적으로 정의내림을 시도하기 보다는 헌법 상 건강권에서 구체적으로 추출될 수 있는 여러 가지 권리들을 찾아내고 살펴본 이후에, 그러한 내용을 종합하여 건강은 어떠한 모습으로 헌법 안에서 존재하고 보호되고 추구되는지 구성해 보도록 한다.

4. 헌법 상 건강권의 내용

가. 보건사회학적, 사회복지학적 견해

(1) 기본권으로서의 건강권은 세 가지 측면에서 이해가 가능한데, 이는 ① 건강할 권리(right to health), ② 건강 돌봄을 받을 권리(right to health care), ③ 건강 돌봄 과정에서의 권리(right in health care)가 그것이다.[28]

먼저 '건강할 권리'란 가장 광범위한 건강권으로서, 개인은 신체적·정신적으로 건강한 상태에 있을 권리를 가진다는 것이다. 소극적 의미에서의 '건강할 권리'는 건강에 영향을 미치는 환경적 위협에 평등하게 대처할 수 있는 권리를 의미하며, 적극적인 의미에서의 '건강할 권리'는 건강한 상태를 추구하기 위하여 국가 또는 사회로부터 총체적이고 포괄적인 보호를 균등하게 받을 수 있는 생존권적 기본권이다.

이때의 '건강'은 단순한 보건의료 서비스의 향유라는 차원뿐만 아니라 사회환경으로부터 건강을 훼손당하지 않을 권리를 기본적으로 내포하고 있다. 공해로 인한 각종 질환, 산업재해, 교통사고, 농약중독, 연탄가스중독 등으로 인한 인명손상 등은 궁극적으로 사회적 책임으로 귀속되며, 모든 개인은 이로부터 평등하게 보호받을 권리를 가진다는 것이다. 이러한 점에서 보면 '건강할 권리'는 건강관리에 있어 사회적 책임을 극대화하고 문제의 원인을 사회구조적인 요인에서 찾는다는 점에서 문제의 책임을 피해자의 개인적 과실에서 찾는 '피해자 문책'의 원칙과는 상반된 개념이다.

다음으로 '건강 돌봄을 받을 권리'는 보건의료자원에 접근할 수 있는 절대적 개념으로서의 권리와 개인의 신분이나 재산에 관계없이 균등하게 접근할 수 있는 권리를 의미한

28) 문창진, 『보건의료사회학』(신광출판사, 1997), 275쪽 이하 참조. 아래 건강권의 세 가지 측면 중 '건강할 권리'는 건강권에 대한 구조적 접근으로, '건강 돌봄을 받을 권리'는 건강권에 대한 제도적 접근으로, '건강 돌봄 과정에서의 권리'는 건강권에 대한 실체적·내용적 접근으로 이해된다.

KOR 국가인권위원회 humanrights.go.kr

다. 보건의료에의 접근은 건강 돌봄을 받을 권리를 가늠하는 기준으로, 잠재적 접근성(potential access)과 실질적 접근성(realized access)으로 구분된다. 전자는 보건의료전달체계(health care delivery system)의 특징과 관련되어 있으며, 공급측면과 수요측면으로 나누어진다. 공급측면에서의 잠재적 접근성은 의료인력·시설의 물리적인 균등배치 등을 포함하며, 수요측면에서의 잠재적 접근성은 개인의 특성들(enabling factor, predisposing factor, need)과 관련되어 있다. 한편 실질적 접근성은 실제 보건의료를 이용하는 양태(방문의료기관의 유형 및 위치)로 구성된 객관적 지표와 환자가 보건의료 공급처에 대하여 가지고 있는 만족도, 경제사정, 안락감 등을 포함하는 주관적 지표에 의해 평가된다. '건강 돌봄을 받을 권리'를 개념화하는 과정에서 고려되어야 할 점은 어떻게 이를 총량적으로 평가할 수 있느냐이다. 객관적인 접근성은 전문가에 의해 평가될 수 있다고 하더라도 주관적인 접근성은 개인의 성향 및 심리적 상태와 밀접히 연관되어 있기 때문에 쉽게 평가하기가 곤란하기 때문이다.

마지막으로 '건강 돌봄 과정에서의 권리'라 함은 개인이 보건의료 전달체계 내에서 의료자원을 균등하게 향유할 기본적인 권리를 의미한다. '건강 돌봄 과정에서의 권리'는 다음의 두 가지 측면에서 이해되어야 한다.

첫째, '건강 돌봄 과정에서의 권리'는 기본적으로 필요한 양의 필수적인 서비스를 받을 권리를 의미한다. 기본적으로 필요한 양의 서비스라 함은 공정하다고 판단되는 정도의 서비스를 의미하는데, 이러한 판단은 의료진에 의하여 행하여지는 것이 일반적이나, 환자의 이해가 선행요건이 된다. 둘째, '건강 돌봄 과정에서의 권리'는 동등한 경우에 있어 진료수준의 차이를 배제하는 권리를 의미한다. 소비자주의(consumerism)의 등장과 함께 진료의 질과 양을 판단하는데 있어 환자의 영향력이 증대되어 가자 진료내용에 대한 형평의 문

제가 주요한 건강권의 개념으로 인식되기 시작하였다. 그 결과 '유사한 경우에는 유사한 진료(similar treatment for similar cases)'라는 원칙이 형평을 가늠하는 기준으로 등장하게 되었다.

(2) 전체 국민이 건강을 위해 평등하게 향유할 수 있는 제도들이야말로 건강권을 실현하는 방법인데, 건강권을 구체적 기본권으로 인정하고 확보하려 한다면 재원과 전달체계 등 의료서비스를 제공하는 기재를 시장원리에 맡긴다면 권리로서의 보장은 어렵다.[29] 건강권을 확보하고자 한다면 국가의 재정 자원의 충분성과는 관계없이 실현되어야 하는 어떤 요소를 찾아야 한다. 이것은 어떠한 환경 속에서도 중요성을 잃지 말아야 하는 요소들로서 건강권의 핵심내용이라 할 수 있다. 건강권의 핵심내용은 '최소한의 보건(minimal health)'으로서의 권리확보를 위한 가장 기본적인 요소를 가져야 할 뿐 아니라 국가의 경제·사회적 상황에 맞추어 개발할 필요가 있다. 물론 건강의 개념을 정의하는 것만큼이나 최소한의 보건이 무엇인가를 정의하는 것은 매우 어려운 일이다. 건강권의 핵심논의에서 제외되지 않고 강조되어야 할 부분이 바로 '참여'이다. 건강을 권리로 인정하기 위해서는 정책 내지 내용을 결정하는 과정에서 보건의료서비스 공급자와 관리 조정자의 협의가 충분히 이루어지는 것뿐만 아니라 서비스 이용자들의 참여를 보장해야 한다. 건강권을 권리로 인정하는 사회적 합의가 이루어졌을 때 비로소 참여가 효과적으로 이루어질 수 있다. 그리고 거시적 정책에 대한 참여뿐만 아니라 건강권을 기초로 하여 건강에 대한 정보와 보건의료서비스의 내용 및 과정에 대한 국민의 알 권리를 보장하는 것이 포함되어야 한다. 건강권의 핵심내용을 표로 도식화하면 다음과 같다.

29) 배화숙, 『의료보장정책 분석기준으로 건강권 확보의 개념과 적용에 관한 연구』, 사회복지연구, 제13집, 151쪽 이하 참조.

	영역	구성요소
건강권	보건의료 (Health Care)	• 가족계획을 포함한 모성보호와 아동건강보호 • 주요 전염병에 대한 면역 • 일상적 질병과 손상에 대한 적절한 치료 • 기본적 의약품의 제공
	건강의 기본 전제조건 (Underlying Preconditions for Health)	• 안전한 식수와 기본적 위생의 적절한 공급 • 심각한 환경적 건강위협으로부터의 자유
	참여 (Participation)	• 건강관련 정책 의사결정에 참여 • 의료서비스의 내용과 과정에 대한 정보접근

나. 헌법학적 견해

(1) 보건권은 소극적으로는 국가에 대하여 자신의 건강을 침해당하지 않을 권리와 적극적으로는 국가에 대하여 보건을 유지하도록 요구할 수 있는 권리를 포함한다. 국가의 건강침해금지와 관련하여서는 국민의 신체에 대한 강제적 의학실험·예방접종·불임시술 등을 금지하는 것이 이에 해당하고, 적극적 보호의무로는 위생시설의 설비·주택개량·식품유통과정에 대한 관리·감시·마약단속·의약품의 오·남용의 방지 등이 있다.[30]

(2) 보건권은 국가가 공권력의 행사를 통하여 개인의 건강을 침해하여서는 아니된다는 소극적 의미뿐만 아니라, 국민보건을 위하여 필요한 정책을 적극적으로 수립하고 추진할 의무를 진다는 의미를 가진다.[31]

(3) 보건에 관한 권리는 국민이 자신의 건강생활에 대해서 국가의 보호를 받을 수 있는 것을 그 내용으로 한다. 구체적으로는 국가권력에 의한 건강생활의 침해금지와 보건생

30) 정종섭, 앞의 책, 690쪽 이하 참조.
31) 권영성, 앞의 책, 613쪽 이하 참조.

활의 침해에 대한 국가의 적극적인 보호의무를 그 내용으로 한다. 국가의 이와 같은 적극적인 보호의무는 기본권의 객관적 가치질서로서의 성격에서 나오는 것이기 때문에 국가는 단순한 소극적인 침해금지만으로 만족해서는 안 되고 국민보건을 위해서 필요한 적극적인 시책을 펴 나가야 할 의무를 진다. 식품유통과정에 대한 철저한 관리·감시, 마약단속, 전염병에 대한 예방접종, 전염병 환자의 격리, 접객업소 종업원들에 대한 정기적인 건강검진 등이 국가의 적극적인 건강보호의무에서 나오는 것이다.

그리고 국가가 국민의 정신건강을 증진시키고 정신질환을 예방하며 정신질환자의 의료 및 장애극복을 위한 필요한 조치를 하도록 하거나, 임산부의 안전 분만과 건강을 위해서 국가가 협조하도록 정하고 있는 것도 모두가 국가의 적극적인 건강보호의무에서 나오는 당연한 결과이다.[32]

(4) 건강권은 국민이 국가를 상대로 자신과 가족의 건강한 생활을 침해하지 않을 것을 요구하고 나아가 국가에게 건강한 생활의 유지에 필요한 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리이다. 헌법 제36조 제3항과 연관하여 건강권을 이해할 때, 건강권은 보건에 관한 국가의 보호 의무만을 의미하는 것이 아니라 주관적 공권이면서 동시에 객관적 가치질서의 성격을 가진다.

주관적 공권으로서의 건강권은 공권력에 의한 건강침해에 대한 방어적 성격을 가짐과 동시에 적극적인 배려로서 국가에 대하여 국민의 위생과 건강을 유지하는 데 필요한 시설이나 환경을 요구할 수 있는 사회적 기본권으로서의 성격을 지닌다. '건강권의 침해'란 현실적인 침해상태는 물론 그 전 단계로서의 '침해가능성', 즉 '건강침해의 잠재적 위험성'도 포함한다고 보아야 한다. 따라서 건강권의 내용에는 건강에 대한 침해행위금지, 자신의 건강에 대한 관리통제, 건강한 생활환경의 조성요구는 물론 '건강침해의 위험성이 있는 제

32) 허영, 앞의 책, 415쪽 이하 참조.

행위의 배제요구'도 포함된다는 것을 의미한다.[33]

다. 정리 및 제언

(1) 건강권의 내용에 관한 위와 같은 학자들의 견해를 요약하면 다음과 같다. 보건사회학적 또는 사회복지학적 입장에서 학자들은 '균등' 또는 '평등'이라는 관점에 많은 주안점을 두고 있다. 한편 헌법학자들은 건강권이 동시에 가지고 있는 자유권적 기본권의 성질과 사회권적 기본권의 성질에 주목하여, 자유권적 측면에서 '국가로부터 건강을 침해당하지 않을 권리'를, 사회권적 측면에서 '국가에 대하여 국민의 건강증진을 위하여 적극적인 배려를 하도록 요구할 수 있는 권리'를 각 도출해내고 있다. 아래에서는 건강권의 내용을 헌법학적 입장 및 보건학적·사회학적 입장을 종합하여 살펴보도록 한다.

(2) 국가 등에 대한 건강침해행위 배제권(헌법 상 건강권의 소극적 측면)

헌법재판소에서 결정한 미국산 쇠고기 및 쇠고기 제품 수입위생조건 위헌확인 사건(헌재 2008. 12. 26. 2008헌마419 등)은 건강권의 소극적 의미로서의 건강침해행위 배제권이 작동할 수 있는 좋은 예라고 할 수 있다. 위 사건은 우리나라 정부가 미국 정부와 쇠고기 수입에 관한 협상을 체결하였고, 정부가 위 협상 결과에 따라 농림수산부 고시로 미국산 소고기 수입위생조건 고시 개정안을 예고하였는데, 청구인들은 위와 같은 고시가 청구인들의 기본권을 침해하여 헌법에 위반된다는 취지로 헌법소원심판을 청구한 사안이었으므로, 전형적으로 국가의 행위에 의하여 국민의 건강권이 침해받을 가능성이 초래된 것으로 구성할 수 있다.

건강권은 소극적 의미의 자유권적 성격과 적극적 의미의 사회권적 성격을 동시에 가지고 있다. 사회권적 기본권은 본질적으로 국가의 규범 자체만으로 해결할 수 없는 구조를

33) 김상겸/권영복, 『수돗물불소화사업에 관한 헌법적 고찰』, 헌법학연구, 제9권 제3호, 325쪽 이하 참조.

가진다. 즉, 사회권적 기본권이 규범적으로 잘 정비되어 있다고 하더라도, 정비된 규범을 실질적으로 구현할 수 있는 국가의 재정이나 사회적 기반이 구축되어 있지 아니하면, 사회적 기본권은 현실적으로 실현될 수 없는 대단히 장식적이고 선언적인 것에 머물기 마련이다. 한편 자유권적 기본권은 다른 제도적인 장치 없이도 기본권 그 자체만으로 실현이 가능한 것이기 때문에 그 내용이나 효력도 비교적 명확한데, 헌법 상 건강권의 자유권적 측면으로서의 건강침해행위 배제권은 국가나 지방자치단체 등의 행위로 인하여 국민의 건강이 침해받았거나 침해받을 가능성이 있는 경우에 국민의 국가 등에 대하여 문제가 되는 행위의 효력을 제거하거나 그 진행을 중단시킬 것을 요구할 수 있는 권리라고 할 것이다. 위의 국가에는 입법·행정·사법 등 모든 국가기관을 포함하는 것이지만, 헌법 상 건강권과 관련하여 가장 문제가 많이 발생할 수 있는 국가기관으로서는 법률을 제정하는 국회와 그 법률을 집행하는 행정부일 것인데, 특히 오늘날에 있어 국가 등이 국민의 건강권을 직접 침해하는 목적을 갖는 법률을 제정하거나 이와 같은 목적으로 공권력을 행사하는 예는 찾기 어렵고 오히려 건강권의 소극적 의미가 발현될 수 있는 분야는 국가 등이 정당한 목적으로 법률을 제정하거나 공권력을 행사하였는데, 그 효과로 국민의 건강권에 대한 침해가능성을 초래하는 경우가 대부분일 것이다.

이러한 관점에서 보면, 학자들이 건강권의 자유권적 성질로서의 기능을 언급하고 있는 부분의 예로 들고 있는, 국가 등의 국민의 신체에 대한 강제적 의학실험·예방접종·불임시술 등[34]은 지금의 시대적 상황에 비추어 보면 다소 부적절한 예라고 보인다.

헌법재판소는 미국산 쇠고기 및 쇠고기 제품 수입위생조건 위헌확인 사건(헌재 2008. 12. 26. 2008헌마419 등)에서 청구인들이 침해당하였다고 주장하는 기본권을 헌법 제36조 제3항에 근거하는 것으로 판단하면서, 건강권을 규정하고 있는 우리 헌법 제36조 제3항이

34) 예컨대, 정종섭, 앞의 책, 690쪽 이하 참조.

모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다는 형식에 주목하고, 국가가 국민의 생명·신체의 안전에 대한 보호의무를 다하지 않았는지 여부를 헌법재판소가 심사할 때에는 국가가 이를 보호하기 위하여 적어도 적절하고 효율적인 최소한의 보호조치를 취하였는가 하는 이른바 '과소보호 금지원칙'의 위반 여부를 기준으로 삼아, 국민의 생명·신체의 안전을 보호하기 위한 조치가 필요한 상황인데도 국가가 아무런 보호조치를 취하지 않았든지 아니면 취한 조치가 법익을 보호하기에 전적으로 부적합하거나 매우 불충분한 것임이 명백한 경우에 한하여 국가의 보호의무의 위반을 확인하여야 한다(헌재 2008. 12. 26. 2008헌마419, 판례집 20-2 하, 960, 961)고 판시하여 위 사안을 국민이 국가에 대하여 적극적으로 요구하는 차원으로서의 건강권의 사회권적 성격에 근거하여 기본권 침해여부를 판단하는 구조를 취하고 있다.

헌법재판소의 위와 같은 판시내용은, 우리 헌법 제36조 제3항의 형식에 치중하여 건강권의 자유권적 성격보다는 건강권의 사회권적 성격에 더욱 치중한 것으로 보여진다. 왜냐하면, 헌법재판소는 위 사건에서 건강권 침해여부를 판단함에 있어 사회적 기본권 침해여부를 판단하는 데에 활용되는 '과소보호의 원칙'을 채택하였기 때문이다.

오히려 헌법재판소는 위와 같은 사안에서 농림수산부의 고시를 국민의 건강을 침해할 수 있는 공권력으로 보고, 헌법 제37조 제2항에 의한 과잉금지원칙으로 위 고시의 위헌여부를 심사하였어야 한다. 사회권적 기본권의 심사기준인 과소보호의 원칙은 가장 완화된 심사기준 중의 하나이고, 헌법 제37조 제2항에 의한 '과잉금지원칙'은 사회권적 기본권을 심사하는 데 이용되는 '과소보호의 원칙'보다는 엄격한 심사기준이다. 만약 헌법재판소가 위 사안에 대하여 헌법 제37조 제2항에 의한 과잉금지원칙이라는 심사기준으로 위 고시의 위헌성을 심사하였다면 위 사건의 결론이 달라질 수 있는 여지가 있다.[35]

35) 오늘날 건강권의 주된 논의가 건강권의 적극적 실현이라는 사회적 기본권의 관점에 집중되어 건강권이 가지는 자유권적 의미가 많이 퇴색되어지는 경향이지만, 적어도 위 사건은 건강권의 자유권적 의미가 보다 강조되고 침해여부에 대한 판단

이러한 측면에서 볼 때, 재판관 송두환의 위 사건에서의 아래와 같은 반대의견은 시사하는 바가 크다고 할 수 있다.

『재판관 송두환의 위헌의견

(1) 국가가 어떠한 입법·행정상의 조치를 통하여 국민의 생명·신체의 안전을 유지, 보호하고 그에 대한 침해의 위험을 방지할 것인지는 원칙적으로 국가의 폭 넓은 재량에 맡겨져 있다 할 것이고, 따라서 헌법재판소로서는 원칙적으로 국가가 기본권 보호의무를 위반한 것이 명백한 경우에만 국가의 해당 작위나 부작위의 위헌성을 확인할 수 있다 할 것이다. 우리 헌법재판소는 그 기준을 "과소보호 금지원칙"이라 하여 이를 기본권 보호의무 위반에 관한 심사의 기준으로 삼아 왔다. 그런데 구체적 사안에서 국가의 기본권 보호의무 이행조치가 과소보호 금지원칙에 위반된 것인지 여부를 실제로 판단함에 있어서 그 기준의 엄격 정도는 일률적으로 정할 수 있는 것이 아니고, 문제되는 기본권 보호법익의 종류 및 중요도, 위험의 정도와 내용 등을 종합적으로 비교 형량하여 구체적으로 확정하여야 할 것이다.

(2) 이 사건 사안과 같이 국민의 생명·신체 내지 보건 등 매우 중요한 사항에 관한 것인 경우, 특히 이 사건 고시와 같이 위험성을 내포한 식재료가 대량으로 수입되어 국내에서 제대로 검역되지 못한 채 유통됨으로써 일반 소비자에게 초래될 수 있는 위험의 정도와 내용이 매우 중대하고 심각할 뿐 아니라 이를 돌이키거나 통제하는 것이 불가능한 사안에 있어서는, 단순히 기본권보호의무 위반이 명백한 경우에만 그 보호조치가 헌법에 위반된다고 보는 것은 국가에게 국민의 기본적 인권을 확인하고 보장할 의무를 부과한 헌법의 기

기준도 자유권적 기본권 침해여부와 그 궤를 같이 해야 하는 사안이라고 보인다.

본정신에 부합한다고 보기 어렵고, 제3자의 권리나 공익을 침해함이 없이 채택할 수 있는 더 개선된 다른 보호수단이 존재하거나, 보호법익에 대한 위험을 최소화하기 위한 충분한 노력과 시도를 다하였다는 점이 명백하지 아니한 한, 헌법 상 충분한 보호조치를 취한 것이라고 판단할 수 없다 할 것이다. 더구나, 국가 보호조치의 수준을 권력분립원칙과 민주주의원칙에 따라 국민에 의해 직접 민주적 정당성을 부여받은 의회가 직접 정하지 않고 이 사건 고시와 같이 하위의 법령에 의하여 보호조치의 수준이 결정되도록 하고 있는 경우에는, 보다 엄격한 기준에 의하여 심사할 필요가 있다 할 것이다(헌재 2008. 12. 26. 2008헌마419, 판례집 20-2 하, 960, 993-994).』

재판관 송두환의 반대의견은 과소보호의 원칙이라는 심사기준을 포기하지 않았지만, 국민의 건강이라는 중요한 사항을 고려하여, 엄격한 심사기준을 적용하였고 그 반대의견의 결론이 위헌에 이르렀다. 사견으로는 위 사안에서 국가에 의한 국민의 건강권 제한으로 이론을 구성하고, 자유권적 측면에서 헌법 상 건강권이 제한당하고 있고, 이에 대하여 헌법 상 과잉금지원칙 심사를 채택하여 판단하는 구조가 더욱 논리적인 구성이 되었을 것이라고 생각한다.

(3) 국가를 향한 건강보장청구권(헌법 상 건강권의 사회권적 측면)

(가) 건강권과 사회적 기본권

우리 헌법 제36조 제3항은, "모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다."라고 규정함으로써, 국가의 국민에 대한 건강보호의무를 강조하고 있고, 이는 사회적 기본권으로서의 건강권이 건강권의 가장 중요한 내용이 된다는 것을 표현하는 것이라고 할 것이다.

그런데, 사회적 기본권으로서의 건강권의 내용이 무엇인지를 살펴보기 위해서는 먼저 사회적 기본권의 본질을 먼저 살펴보고, 이를 기반으로 '건강'이라는 특수한 개념요소를

가미하는 작업이 선행되어야 한다.

사회적 기본권은, 개인이 충분한 재원을 보유하고 있고 또 시장에서의 공급이 충분한 경우에 사인으로부터도 획득할 수 있는 재화나 기회와 같은 사실상의 급부를 국가에 대하여 요구할 수 있는 개인의 권리라는 것이 사회적 기본권에 관한 주류적인 개념정의라고 할 것이다.[36] 즉 사회적 기본권은 개인의 국가에 대한 '사실적 급부요구권'이라 할 수 있고, 사실적 급부요구권이란 그 권리의 실현을 위해 국가에 의한 사실상의 적극적 행위를 필요로 하는 권리를 말하는 것이다. 반면 '규범적 급부권' 내지 '적극적 규범제정 요구권'이란 국가로 하여금 일정 방향의 법규범을 제정할 것을 요구할 수 있는 권리를 말한다.[37]

(나) 건강권과 의료의 공공성

특별히 건강권의 사회권적 측면의 분석에서 반드시 고려하여야 할 요소가 바로 '의료의 공공성'이라는 것이다. 즉 건강권이 사회적 기본권으로 그 역할을 실효적으로 할 수 있기 위해서는 건강권을 유지하고 회복하는데 가장 필요한 수단이라고 이해되는 의료의 성격을 반영한다면, 건강권의 사회적 기본권으로서의 측면은 더욱 강화되고 구체적인 것으로 될 것이다.

의료문제는 일부 계층에 국한된 것이 아니라 우리 사회의 불특정 다수와 관련되어 있고, 일회성으로 그치는 것이 아니라 반복해서 나타난다는 점에서 사회적 성격이 강하다.

36) 사회적 기본권이란, 경제적·사회적 약자가 존엄성을 가진 인간으로서, 인간답게 살아갈 수 있도록 하기 위하여 국가에 대하여 일정한 물질적 급부와 적절한 배려를 요구할 수 있는 권리라고 정의하는 견해[계희열, 헌법학(중), 박영사(2002), 제647면 이하 참조]도 역시 이에 속하는 것이라 할 수 있다. 한편, 사회적 기본권의 헌법적 의의를 자유권적 기본권과의 구별 및 그 실현방법에 초점을 맞추어, 사회적 기본권은 일차적으로 단순한 자유의 기회 혹은 가능성, 즉 간섭받지 않는 불가침의 마당을 제공해 주는 자유권적 기본권과는 달리, '기회의 기회' 혹은 '가능성의 가능성' 자체를 실질적으로 보장해 주는 기본권이며, 물질적·시설적 급부 등 특정한 재화와 서비스를 공급하는 국가의 적극적인 활동을 내용으로 하는 점에서 기본적으로 국가에 대한 방어권으로 이해되는 자유권적 기본권과는 구조적으로 다르고, 또한 재정투자와 직접 연계되어 있다는 점에서 구체적인 실현의 조건과 방법에 있어서도 자유권적 기본권과는 본질적으로 다른 것이다(이덕연, 『우리는 왜 '인간다운 생활을 할 권리'를 헌법에 규정하고 있는가?』, 헌법판례연구 I (1999), 제157면 참조).

37) 정태호, 『사회적 기본권과 헌법재판소의 판례』, 헌법논총 제9권, 제620쪽 이하 참조.

'공공성'이란 한 개인이나 단체의 이익이 아니라 일반 사회 구성원 전체의 이익에 영향을 미치는 성질'을 의미하는 것으로서,[38] 보건의료는 "어떤 사물·기관 등이 널리 사회 전반에 이해관계나 영향을 미치는 성질"이라는 위와 같은 사전적 의미의 공공성을 지니고 있는바, 모든 사회 구성원에 관계되는 것으로서 일부 구성원을 보건의료의 수혜로부터 배제할 수 없다는 의미에서 '규범적 의미의 공공성'을 갖는다.[39]

이러한 의료의 공공성이라는 성격에서 국가의 적극적인 보건의료정책[40]이 정당화되고, 또한 강제됨으로써 건강권의 사회권적 기본권의 내용이 비로소 구체화되는 것이다.

헌법재판소도 침·뜸 시술 등 무면허의료행위를 하였다는 이유로 기소되어, 재판계속 중 무면허 의료행위를 금지한 의료법 조항에 대하여 위헌제청된 사건에서, 아래와 같이 의료행위의 공공성과 이에 기한 국가의 보건의료정책과 관련한 의미 있는 판시를 한 바 있다.

『이 사건 법률조항의 '의료행위'라 함은 질병의 예방과 치료에 관한 행위로서, 의학적 전문지식이 있는 자가 행하지 아니하면 사람의 생명, 신체나 공중위생에 위해가 발생할 우려가 있는 행위를 말한다. 한 나라의 의료제도는 그 나라의 국민건강의 보호증진을 목적으로 하여(의료법 제1조 참조) 합목적적으로 체계화된 것이므로 국가로부터 의료에 관한 지식과 기술의 검증을 받은 사람으로 하여금 의료행위를 하게 하는 것이 가장 합리적이고 안전하며, 사람의 생명과 신체를 대상으로 하는 의료행위의 특성상 가사 어떤 시술방법에 의하여 어떤 질병을 상당수 고칠 수 있었다고 하더라도 국가에 의하여 확인되고 검증되지 아니한 의료행위는 항상 국민보건에 위해를 발생케 할 우려가 있으므로 전체국민의 보건을

38) 배화국, 전게 논문, 제50면 참조.
39) 이상이, 『의료 양극화와 공공성 강화 방안』, 국회도서관보 제45권 제10호, 제15면 참조.
40) 보건의료는 협의적 개념으로서의 의료(medical care)와 광의적 개념으로서의 보건의료(health care), 포괄적 보건의료(comprehensive health care)로 나눌 수 있다. 협의의 개념인 의료란 인간의 질병진단과 치료를 다루는 과학과 기술로서 상병자 개개인을 대상으로 하는 질병 치료의 실천 및 체계를 의미하며, 광의의 개념인 보건의료는 인간의 건강을 유지하고 증진시키기 위한 제반활동으로서 의학적 지식만이 아니라 사회 조직과 구성원의 행태에 관한 지식 및 방법론이 함께 고려된, 인간의 건강문제의 인식과 해결의 과학적 기술로서 인간의 생활을 대상으로 하는 건강관리의 개념으로 생활개념이 포함된다(이우락, 『보건의료의 공공성 강화에 관한 연구』, 석서학위논문, 서울시립대 대학원, 2004, 제5면 이하 참조).

책임지고 있는 국가로서는 이러한 위험발생을 미리 막기 위하여 이를 법적으로 규제할 수 밖에 없는 것이다(헌재 2010. 7. 29, 2009헌마269).』

공공의료 기관뿐만 아니라, 민간의료 부문까지도 공공성 확보의 대상이 되어야 한다는 것은 매우 중요한 논점인데, 이는 정보의 비대칭성이 극심하며 이 때문에 시장실패가 일어나는 대표적 영역인 보건의료는 건강의 본질적 가치를 고려할 때 매우 공익적이어야 함에도 불구하고 실제에서는 공익성이 해쳐질 위험성이 매우 큰 부문이기 때문이다.[41]

특별히 아래에서 살펴 볼 사회적 기본권으로서의 건강권의 내용 중 '의료' 또는 '보건의료'와 관련되는 것은 국가의 의무성에 기인하여 국민이 국가를 상대로 주장할 수 있는 사회적 기본권의 주관적 공권성이 강화된다고 할 것이다.

(다) 사회적 기본권으로서의 건강권의 내용

국민이 건강권 보장을 위해 국가를 상대로 적극적으로 요구할 수 있는 내용은, 건강한 상태를 전제로 하여서는 건강을 유지하기 위한 시설 및 환경의 조성 등일 것이고, 건강이 침해된 상태를 전제로 한다면 침해된 건강을 회복하기 위한 의료서비스를 적절히 제공받는 것이라고 할 수 있다.

즉, ① 건강유지에 필요한 시설·환경·의료서비스의 제공 및 ② 침해된 건강을 회복하기 위한 의료서비스의 제공이라는, 사실상의 급부를 요구하는 것이 사회적 기본권으로서 건강권의 내용이며, 그 실현 수단은 규범을 통하여서든 아니면 단순한 사실행위에 의하여서든 불문한다는 점에서 전형적인 사회적 기본권의 성격을 가진다고 보아야 한다.

위와 같은 건강권의 내용을 구체적으로 살펴보면, ①과 관련하여서는 정기적인 건강검진, 전염병 등에 대한 필요한 예방조치, 자연환경, 수질환경 보전, 식품의 유통과정에 대

41) 배화숙, 전게논문, 제51면 참조.

한 관리 및 감시, 흡연의 해독 홍보 및 담배광고의 금지 또는 제한 등이 이에 해당하고,[42] ②와 관련하여서는 의료보험, 의료보호, 응급치료, 국가 또는 지방자치단체 등에 의해 설립된 의료기관에 의한 의료서비스의 제공, 국가의 종합적이고 체계적인 보건의료정책의 수립 및 시행 등이 이에 해당한다.[43]

또한 국민은 자신의 건강상태에 대하여 알 수 있어야 하며, 자신의 건강을 지키거나 회복시키기 위하여 필요한 조치에 대하여 스스로 결정할 수 있어야 하고,[44] 이를 위한 필수적인 전제가 바로 국민의 의료정보 접근권이라고 할 수 있는데,[45] 우리나라와 같이 의료기관이 대부분 국가나 지방자치단체 등 공공기관에 의하여 운영되지 않고 민간인에 의하여 운영되는 상황에서 국가를 향한 기본권이라고 할 수 있는 의료정보 접근권을 민간병원을 상대로 행사할 수 있는 여지는 기본권의 대 사인적 효력이 인정되는 예외적 경우를 제외하고는 거의 발견할 수 없다고 할 것이다. 하지만, 국민은 국가를 상대로 자신의 건강정보에 대한 접근권을 보장할 수 있도록 요구할 수 있는 권리를 통하여 국가를 상대로 자신의 건강에 관한 정보에 접근할 수 있는 제도의 마련을 요구할 수 있고, 국가는 이러한 국민의 요구에 응하여 국민의 건강정보 접근권 구체화에 대한 의무를 지게 된다.[46]

42) 이와 관련된 법률로는, 건강검진기본법, 전염병예방법, 환경정책기본법, 자연환경보전법, 수질환경보전법, 먹는물관리법, 수도법, 식품위생법 등이 있다.

43) 이와 관련된 법률로는, 보건의료기본법, 국민건강보험법, 의료급여법,응급의료에 관한 법률 등이 있다.

44) 정금례, 『헌법 상 보건에 관한 권리와 보건의료기본법에 관한 소고』, 헌법의 규범력과 법질서(정천 허영박사 정년기념논문집, 제581면 참조).

45) 헌법 상 의료정보자기결정권에는 의료정보 접근권, 의료정보 정정청구권, 의료정보 개시·고지권 등이 있는데(백윤철 등, 『헌법 상 환자의 의료정보에 관한 권리에 관한 연구』, 헌법학연구 제11권, 337면 이하 참조), 특별히 건강권과 관련되는 것은 의료정보 접근권이며, 나머지 두 가지 내용은 건강권 보다는 헌법 상 프라이버시권의 성격에 가깝다고 할 수 있다.

46) 보건의료기본법 제11조 제2항은, "모든 국민은 관계 법령에서 정하는 바에 따라 보건의료인이나 보건의료기관에 대하여 자신의 보건의료와 관련한 기록 등의 열람이나 사본의 교부를 요청할 수 있다. 다만, 본인이 요청할 수 없는 경우에는 그 배우자·직계존비속 또는 배우자의 직계존속이, 그 배우자·직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없거나 질병이나 그 밖에 직접 요청을 할 수 없는 부득이한 사유가 있는 경우에는 본인이 지정하는 대리인이 기록의 열람 등을 요청할 수 있다."라고 규정하고 있는바, 국민의 건강정보 접근권은 위와 같은 법률의 강제를 통하여 구체화되고 있는 것이다. 만약 국민 입장에서 건강정보 접근권에 관한 위와 같은 명시적인 법률이 존재하지 아니한다면, 헌법 상 건강권의 한 내용인 건강정보 접근권에 기인하여 국가의 적극적인 작위를 요구할 수 있을 것이다. 이는 국민의 알권리의 차원과 경합하는 측면이 존재하지만, 그 내용이 의료정보라는 측면에 주목하면 오히려 주된 기본권을 건강권으로 보는 것이 타당하다고 할 것이다.

(라) 사회적 기본권으로서의 건강권의 법적 성격

(1) 문제의 소재

문제가 되는 것은 사회적 기본권으로서의 건강권의 위와 같은 내용이 어느 정도나 실효성과 규범력을 가지게 되는 것인가이다. 만약 사회적 기본권으로서의 건강권이 이른바 '프로그램 규정의 성격'이나 '추상적 권리' 정도에 머무르게 된다면, 사회적 기본권의 측면에서 검토된 위와 같은 건강권의 내용은 공허한 것이며, 장식적인 것으로 되기 때문이다.

(2) 사회적 기본권의 법적 성격

사회적 기본권의 법적 성격에 대하여는 대표적으로 아래와 같은 견해의 대립이 있어 왔다.[47] ① 사회적 기본권은 구체적·현실적 권리가 아니라 국가의 사회 정책적 목표 내지 정치적 영역을 선언한 것에 불과하므로, 국가가 그 권리의 실현에 필요한 입법 또는 시설을 하지 아니하는 한 그에 관한 헌법규정만으로는 국가에 대하여 그 의무이행을 재판상 청구할 수 없으며, 그에 관한 입법의 태만을 헌법위반이라 하여 사법적 구제를 구할 수 없다는 '프로그램권리설', ② 사회적 기본권은 비록 추상적일지라도 법적 권리이며, 또 국가의 의무이행이 사법적 방법에 의하여 강제될 수 없을지라도 사회적 기본권 보장의 국가적 의무는 헌법에 의거한 법적 권리라고 하는 '추상적 권리설', ③ 사회적 기본권에 관한 헌법규정은 그것을 구체화하는 입법이 존재하지 아니하는 경우에도 직접 효력을 가지는 규정이고 구체적 권리로서의 사회적 기본권을 보장하는 것이므로 사회적 기본권의 실현에 관한 국가의

47) 권영성, 앞의 책, 제553면 내지 제555면 참조. 사회적 기본권을 조금 더 자세히 구분하는 견해도 존재한다. 이 견해에 의하면 사회적 기본권을 객관설과 주관설로 구분한다. ① 객관설은 사회적 기본권은 원칙적으로 권리성을 갖지 못하며, 그것은 단지 국가에게 사회권의 내용을 실현할 객관적 의무를 부여하는 헌법규정이라고 하고, 여기에 ㉠ 프로그램 규정설, ㉡ 국가목표 규정설, ㉢ 입법위임 규정설, ㉣ 헌법위임 규정설로 세분화한다. ② 주관설은 우리 헌법 상의 많은 사회적 기본권들은 권리의 형식으로 규정되어 있기 때문에 사회적 기본권은 법적 권리로서 주관적 권리성을 가진다고 하면서, 여기에 ㉠ 추상적 권리설, ㉡ 불완전한 구체적 권리설, ㉢ 구체적 권리설, ㉣ 원칙모델에 따른 권리설 등을 포함시킨다(계희열, 앞의 책, 제653면 내지 657면 참조).

부작위는 현실적·구체적 권리의 침해가 되어 사법적 구제의 대상이 된다고 하는 '구체적 권리설' 등이 이에 해당한다.[48]

하지만, 특정 기본권이 사회적 기본권 내지는 자유권적 기본권 등이라고 성격을 규명한 후에, 사회적 기본권 내지 자유권적 기본권의 일반적인 내용과 효력의 틀을 특정 기본권에 그대로 원용하는 형식이 과연 타당한 것인가에 대하여는 의문의 여지가 있다. 왜냐하면, 동일한 사회적 기본권이라 하더라도 그 구체적인 기본권이 보장하고자 하는 내용이나 가치 및 그 기본권이 가지고 있는 사회적 기본권으로서의 내용 등은 매우 다양한데,[49] 매우 추상적이고 일반적인 사회적 기본권의 일반이론으로 다양한 기본권에 일의적으로 적용하여 그 성격을 규정하는 것은 헌법소송의 실효성을 매우 저해하는 결과를 가져오게 되기 때문이다. 구체적으로는 아래의 네 가지 논점에 기인하여 위와 같은 사회적 기본권의 유형화, 개별화가 요청된다고 할 것이다.[50]

첫째, 사회적 기본권의 해석에 있어서는 이론적 일관성·통일성과 함께 재정 연계성에 대한 현실정합성이 고려되어야 한다. 둘째, 이러한 점에서 사회적 기본권의 법적 성격에 관한 논의의 초점은 권리의 추상성 혹은 구체성에 관한 대립을 넘어서 그 구체성의 내용을 구체적으로 확인하는데 모아져야 한다. 셋째, 우리 헌법은 이례적이라고 할 수 있을 정도로 다양한 사회적 기본권을 개별적으로 규정하고 있기 때문에 사회적 기본권의 법적 성격에 대한 일반적인 접근은 한계가 있을 수밖에 없다. 넷째, 법적 효력과 내용에 따른 사회적 기본권의 유형화와 그에 따른 차별접근은 궁극적으로 독자적인 대상영역을 갖는 사회적

48) 더 나아가 사회적 기본권은 자유권적 기본권처럼 직접 효력을 가지는 완전한 의미에서의 구체적 권리일 수는 없다 할지라도, 적어도 일부 청구권적 기본권이나 정치적 기본권과 동일한 수준의 불완전하나마 구체적인 권리로서의 성격은 가지고 있다고 하는 불완전한 구체적 권리설의 입장도 존재한다(권영성, 앞의 책, 제556면 참조).

49) 사회적 기본권의 범주에는 다양한 기본권들이 존재하며, 우리 헌법은 제31조에서 교육을 받을 권리, 제32조에서 근로의 권리, 제33조에서 근로3권, 제34조에서 인간다운 생활권, 제35조에서 환경권, 제36조 제3항에서 보건에 관한 국가의 보호 등 일련의 사회적 기본권을 규정하고 있다[이상재, 『의료행정에 있어서의 공법적 문제 고찰』, 고려대 대학원(법학석사), 2006, 제26면 참조].

50) 이하 이덕연, 앞의 논문, 제162면 내지 164면 참조.

기본권들을 그 실질적인 의의와 기능상의 차이에 따라 개별적으로 해석하기 위한 이론적 가교로서 의미를 갖는다.

따라서 사회적 기본권의 성격을 일의적으로 규명하고 이를 특정 기본권에 대입시켜서 해당 기본권의 효력을 결정짓는 구조는 실제 소송에서 큰 실익이 없거나 무의미한 결과가 된다.

(3) 사회적 기본권으로서의 건강권의 개별화·구체화

건강권의 개별화·구체화에 있어 주목할 만한 이론이 바로 알렉시(R. Alexy)의 원칙모델에 따른 권리설이라고 할 것이다.[51] 위 이론에 의하면, 모든 사회적 기본권은 잠정적으로(일응; prima-facie)[52] 개인에게 주관적 권리를 부여하지만 이 권리는 형량을 거친 후에야 비로소 확정적인 권리가 될 수 있다는 것이다. 그는 사회적 기본권의 규범구조를 세 가지 기준에 따라 다음과 같이 분류한다. ① 개인에게 주관적 권리를 부여하는 규범인가 아니면 국가에게 객관적 의무를 부과하는 규범인가, ② 구속적 규범인가 아니면 비구속적 규범인가, ③ 권리와 의무를 확정적으로 부여하는가 아니면 잠정적으로 부여하는가에 따라 8가지로 구분한다.

구속적 규범				비구속적 규범			
주관적 권리		객관적 의무		주관적 권리		객관적 의무	
확정적 권리	잠정적 권리	확정적 의무	잠정적 의무	확정적 권리	잠정적 권리	확정적 의무	잠정적 의무
1	2	3	4	5	6	7	8

51) 이하는 계희열, 앞의 책, 제655면 이하 참조.
52) prima-facie란 용어는 "첫눈에 언뜻 보이는 겉모습"이라는 뜻을 가진 라틴어이다. 이를 '일응' 또는 '일견' 등으로 번역하기도 하나, 여기서는 잠정적이라고 번역하였다(계희열, 앞의 책, 제656면 참조).

먼저, 사회적 기본권으로서의 건강권이 법적 구속력이 없다고 보는 것은 사회적 기본권의 법적 성격을 프로그램규정설로 보는 견해 정도에서 주장될 수 있는데, 이러한 입장은 사회적 기본권으로서의 건강권 보장을 입법자에게 온전히 맡기게 되어 극단적으로는 입법자가 건강권의 보장을 포기하게 되는 경우가 발생하더라도 헌법 상 문제가 되지 않게 되는 문제점을 가져올 수 있으므로 사회적 기본권으로서의 건강권은 적어도 법적 구속력이 있다고 보아야 한다.

다음으로 사회적 기본권으로서의 건강권은 주관적 권리성이 있다고 보아야 하는바 그 논거는 다음과 같다. 법치주의원리에 따르면 권리는 법원에서 주장할 수 있어야 한다. 즉 건강권은 주관적 권리로서 헌법재판소에 그 침해여부를 다툴 수 있어야 하는데, 건강권의 주관적 권리성을 부정하고 객관적 의무성만 가지고 있다고 한다면 사회적 기본권으로서의 건강권 보장의 실효성은 매우 낮아지게 된다. 또한 헌법 제35조 제1항은 "모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가지며"라고 하고, 제36조는 "모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다"라고 규정하고 있다. 즉 건강권을 규정하고 있는 우리 헌법은 '권리'의 형식 또는 권리의 '내용'으로 건강권을 규정하고 있다.[53]

결국 사회적 기본권으로서의 건강권은 위와 같은 알렉시(R. Alexy)의 원칙모델에 따르면, 1 또는 2 정도에 해당하는 사회적 기본권으로서의 성격을 가진다고 설명할 수 있는데, 사회적 기본권으로서의 건강권이 확정적 권리인지 아니면 잠정적 권리인지에 대하여는 건강권의 개별 내용에 따라 달라진다고 보아야 한다.

즉, 위에서 살펴 본 사회권적 기본권으로서의 건강권의 내용은 건강한 상태를 전제로

53) 그 외에도 기본권은 원칙이며, 원칙은 '법적 가능성과 사실적 가능성에 따라 상대적으로 최대한으로 실현되기를 요청하는 규범', 즉 '최적화명령'인데, 기본권을 원칙으로 이해하는 한 원칙으로서의 기본권을 가능한 한 최대한 실현하기 위해서는 객관적 의무로 주장되는 것보다 주관적 권리로 주장될 수 있어야 한다는 견해도 있다(이준일, 앞의 논문, 제461면 내지 제462면 참조).

하여서는 건강을 유지하기 위한 시설 및 환경의 조성 등일 것이고, 건강이 침해된 상태를 전제로 한다면 침해된 건강을 회복하기 위한 의료서비스를 적절히 제공받는 것이라고 할 수 있는데, 위 내용 중 건강이 침해된 상태를 전제로 하여 발생하는 국민의 국가에 대한 급부요구권은 건강한 상태를 전제로 하여 건강을 유지하기 위한 시설 및 환경의 조성에 대한 부분보다는 훨씬 권리성이 강화될 것이고, 건강의 침해 안에서도 급박한 상황에서 당장의 생명권 등의 침해가 우려되는 상황에서의 국민의 국가에 대한 건강권 보장 요구에 대한 강도는 더욱 극대화될 것이며, 권리성의 강화나 강도의 극대화는 확정적 권리로서의 보장에 가깝게 된다.

(4) 사회적 기본권으로서 건강권의 보장수준

사회적 기본권으로서의 건강권이 헌법소송법적으로 실효적인 것이 되기 위해서는 건강권의 보장수준이 어느 정도인지를 살펴보아야 할 것이며, 이를 위해서는 헌법재판소가 사회적 기본권의 보장수준에 대하여 어떠한 기준을 가지고 있는지에 대한 검토가 필요하다.

헌법재판소의 사회적 기본권에 관한 보장수준에 대하여는 '보장내용의 최소화'와 '통제기준의 최저화'라는 것으로 설명되고 있다.[54]

먼저, '보장내용의 최소화'는 주관적 공권으로서 사회적 기본권의 보장내용을 최소화하여 그 범위에서는 개인에게 확정적 급부청구권이 부여되고 있다고 보는 경향으로서, 이에 따르면 국가가 이 최소한의 사실적 급부를 이행하지 않고 있는 경우에는 해당 기본권을 침해한다고 보는 것이라고 하면서, 아래와 같은 국가유공자예우 등에 관한 법률에 대한 위

54) 정태호, 앞의 논문, 제655면 내지 670면 참조. 한편, '보장내용의 최소화'는 사회적 기본권의 실체적 내용에 대한 것이고, '통제기준의 최저화'는 사회적 기본권에 대한 심사기준에 대한 것이므로 사회적 기본권을 어떠한 시각에서 바라보느냐에 따른 차이에 불과하다.

헌제청사건(93헌가14)을 예로 들고 있다.

『'인간다운 생활을 할 권리'는 여타 사회적 기본권에 관한 헌법규범들의 이념적인 목표를 제시하고 있는 동시에 국민이 인간적 생존의 최소한을 확보하는 데 있어서 필요한 최소한의 재화를 국가에게 요구할 수 있는 권리를 내용으로 하고 있다(헌재 1995. 7. 21. 93헌가14, 판례집 7-2, 1, 20).』

다음으로, '통제기준의 최저화'는 사회적 기본권을 실현하기 위해서 국가는 사실적으로 가능한 범위 내에서 최대한의 것을 보장해야 하는 의무를 진다고 하여, 동 권리의 보장내용을 넓게 보되, 헌법재판소의 위헌통제기준을 낮추어 객관적으로 필요한 최소한을 기준으로 의무이행여부, 즉 권리침해여부를 심사하여야 한다고 보는 것이라고 하면서, 아래와 같은 94년도 생계보호기준에 대한 헌법소원사건(94헌마33)을 그 예로 들고 있다.

『모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가지며 국가는 생활능력 없는 국민을 보호할 의무가 있다는 헌법의 규정은 모든 국가기관을 기속하지만, 그 기속의 의미는 적극적·형성적 활동을 하는 입법부 또는 행정부의 경우와 헌법재판에 의한 사법적 통제기능을 하는 헌법재판소에 있어서 동일하지 아니하다. 위와 같은 헌법의 규정이, 입법부나 행정부에 대하여는 국민소득, 국가의 재정능력과 정책 등을 고려하여 가능한 범위 안에서 최대한으로 모든 국민이 물질적인 최저생활을 넘어서 인간의 존엄성에 맞는 건강하고 문화적인 생활을 누릴 수 있도록 하여야 한다는 행위의 지침 즉 행위규범으로서 작용하지만,[55] 헌법재판에 있어서는 다른 국가기관 즉 입법부나 행정부가 국민으로 하여금 인간다운 생

55) 행위규범으로서의 사회적 기본권은 입법자에게 광범위한 입법형성권을 부여하게 된다. 헌법재판소도 이러한 취지에서, 최소한의 수준을 넘는 사회복지 · 사회보장에 따른 급부의 실현은 이에 필요한 사회경제적 여건에 의존하는 것으로서, 국가가 재정능력, 국민 전체의 소득과 생활수준 내지 전체적인 사회보장수준과 국민감정 등의 사정, 사회보장제도의 특성 등 여러 가지 요소를 합리적으로 고려한 입법을 통하여 해결할 사항이라 할 것인데, 주어진 가용자원이 한정되고 상충하는 여러 공익이나 국가과제의 조정이 필요한 상황 하에서는 입법자에게 광범위한 입법재량이 부여되지 않을 수 없다(헌재 1995. 7. 21. 93헌가14, 판례집 7-2, 1, 20; 헌재 2000. 6. 1. 98헌마216, 판례집 12-1, 622, 640; 헌재 2003. 7.24. 2002헌바51, 판례집 15-2 상, 103, 115 등 참조).』라고 판시하고 있다.

활을 영위하도록 하기 위하여 객관적으로 필요한 최소한의 조치를 취할 의무를 다하였는지를 기준으로 국가기관의 행위의 합헌성을 심사하여야 한다는 통제규범[56]으로 작용하는 것이다(헌재 1997. 5. 29. 94헌마33, 판례집 9-1, 543, 553-554).』[57]

헌법재판소의 위와 같은 결정논리는 아래의 견해와 그 맥락을 같이 한다. 원칙[58]은 잠정적으로 "과잉된 어떤 것"을 요구하는 것이다. 따라서 원칙은 헌법의 구체화를 위한 제1차적 과제를 떠맡는 입법자에게 과잉된 어떤 것을 잠정적으로 요구한다. 하지만 헌법재판소는 단지 입법자의 활동이 가능한 영역을 고려한 후에 확정적으로 명령되는 것을 준수하고 있는지를 통제할 수 있을 뿐이다. 입법자의 활동은 가능성의 영역을 고려한 후에 확정적으로 명령되는 것을 실현하면 되기 때문에 원칙으로서 잠정적으로 요구되었던 과잉된 어떤 것을 실현하지 못한 경우에도 원칙을 준수하는 것이 된다. 즉, 기본권이 입법자에게 '행위규범'으로 요구된다는 것은 기본권이 '원칙으로서 잠정적으로 과잉된 어떤 것'을 입법자에게 요구한다는 뜻으로, 기본권이 헌법재판소에게 '통제규범'으로 요구된다는 것은 기본권이 가능성의 영역을 고려한 후에, '규칙[59]으로서 확정적으로 명령된 어떤 것'을 기준으

56) 입법부 또는 집행부가 최소한도 이상의 것을 결정함에 있어서는 광범위한 재량이 허용되는 반면에 사법부가 최소한도의 것을 결정함에 있어서는 "재량의 범위를 명백히 일탈한 경우"로 한정한다는 객관적이고 확정적인 기준이 있어서 재량이 허용되지 않는다(이준일, 『사회적 기본권』, 헌법학연구 10-1, 2004, 452면 참조).

57) 헌법재판소는 이 판례에서 이른바 헌법재판의 한계를 각 국가기능의 본질과 차이에서 찾고자 하는 기능법론자들의 지지를 받고 있는 행위규범과 재판규범이라는 관념에 의하여 보장내용과 침해여부의 판단기준을 확정하고자 했다. 즉, "행위규범"과 "재판규범"이라는 관념을 통해서 헌법재판을 통해서 관철될 수 있다는 의미에서 사회적 기본권의 실효적 보장영역을 확정하는 문제를 해결하고자 시도했다는 평가가 있다(정태호, 앞의 논문, 제657면 참조). 같은 취지의 결정으로는 『인간다운 생활을 할 권리의 법적 성질에 비추어 볼 때 그 법규범력이 미치는 범위는 '최소한의 물질적 생존'의 보장에 필요한 급부에의 요구권으로 한정될 뿐, 그것으로부터 그 이상의 급부를 내용으로 하는 구체적 권리가 직접 도출되어 나오는 것은 아니라고 할 수 있다(헌재 1995. 7. 21. 93헌가14, 판례집 7-2, 1, 20, 30-31; 헌재 2000. 6. 1. 98헌마216, 판례집 12-1, 622, 640, 647; 헌재 2003. 7.24. 2002헌바51, 판례집 15-2 상, 103, 115 등 참조).』라는 것이 있다.

58) 원칙은 다음과 같은 네 가지의 구조적 특성을 갖는다고 설명된다. ① 원칙의 구성요건이 충족되더라도 곧바로 법적 효과가 발생하지 않는다. ② 원칙의 구성요건이 충족되어 있음에도 불구하고 곧바로 법적 효과가 발생하지 않는다고 해서 그 원칙에 '예외조항'이 부가되어 있거나 그 원칙이 '무효'이기 때문이 아니다. ③ 원칙이 서로 충돌하면 충돌하는 원칙 가운데 하나의 원칙에 '예외조항'이 부가되거나 하나의 원칙이 '무효'로 되는 것은 아니다. 충돌하는 원칙 가운데 하나가 뒤로 물러남으로써 충돌을 해결하는 것이다. ④ 원칙의 전형적인 적용방식은 '형량'이다(이준일, 전게논문, 제466면 참조).

59) 규칙은 다음과 같은 네 가지의 구조적 특성을 갖는다고 설명된다. ① 규칙의 구성요건이 충족되면 곧바로 법적 효과가 발생한다. ② 규칙의 구성요건이 충족되어 있음에도 불구하고 곧바로 법적 효과가 발생하지 않으면 그 규칙에 '예외조항'이 부가되어 있거나 그 규칙이 '무효'이기 때문이다. ③ 규칙이 서로 갈등을 일으키면 갈등하는 규칙들 가운데 하나의 규칙에 '예외조항'이 부가되거나 하나의 규칙이 '무효'가 되어야 한다, ④ 규칙의 전형적인 적용방식은 '포섭'이다(이준일, 앞의 논

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

로 입법자의 활동을 통제할 수 있다는 뜻으로 이해될 수 있는 것이다.[60]

하지만, 사회적 기본권에 대한 보장수준을 위와 같은 두 가지의 방법으로 나누어 검토하는 것이 과연 타당한 것인지는 의문이다. 헌법재판소의 결정 내용을 좀 더 자세히 검토하면, 위 두 가지 결정은 모두 동일한 취지라는 것을 확인할 수 있기 때문이다.

먼저, 보장내용의 최소화로 들고 있는 결정문은 분명히, 국민이 인간적 생존의 최소한을 확보하는 데 있어서 필요한 최소한의 재화를 "국가에게 요구할 수 있는 권리"라고 하여 국가를 상대로 헌법소송에서 문제로 삼아 특정 법령이나 공권력의 행사 또는 불행사가 국민의 기본권을 침해하였다고 인정될 수 있는 범위는 최소한의 사실적 급부임을 밝히고 있고, 이는 통제기준의 최저화에서 들고 있는, 헌법재판에서 객관적으로 필요한 최소한의 조치를 취할 의무를 다하였는지를 기준으로 국가기관의 행위의 합헌성을 심사하여야 한다는 결정취지와 결국 같은 의미인 것이다.

실제, '보장내용의 최소화'라고 들고 있는 93헌가14 결정에서도, 헌법재판소는 위와 같은 판시 내용의 전제로서 『'인간다운 생활을 할 권리'로부터는, 그것이 사회복지·사회보장이 지향하여야 할 이념적 목표가 된다는 점을 별론으로 하면(헌재 1995. 7. 21. 93헌가14, 판례집 7-2, 1, 30)』이라고 하여, 통제기준의 최저화에서 언급하고 있는 행위규범으로서의 측면을 언급하고 있음을 확인할 수 있다.

결국 헌법재판소가 두 가지 경향을 가지고 사회적 기본권을 바라보고 있다는 설명은 적합하지 아니하며, 헌법재판소의 일관된 견해는 헌법소송에서 합헌성 여부 심사에 의미가 있는 사회적 기본권의 보장수준은 '최소한 보장'에 있다고 하여야 한다.[61]

문, 제463면 내지 464면 참조).

60) 이준일, 앞의 논문, 제472면 내지 제473면 참조.

61) 정태호 교수도 두 가지 갈래의 판례들은 논증의 구체적 방식은 다르지만 결과적으로 헌법재판소를 통하여 소구할 수 있는 사회적 기본권의 구체적 범위를 최소한의 것으로 축소시키고 있다는 점에서는 일치하고 있다고 한다(정태호, 앞의 논문, 제661면).

그렇다면 위의 최소한의 보장이란 과연 무엇인지가 문제되는데, 일반론적으로 말하면 그와 같은 '최소한의 보장'은, 사회적 기본권의 실현요청이 매우 긴절히 요구되는 반면, 권력분립주의와 의회의 재정권을 포함한 민주주의원리와 같은 형식적 자유 및 상충하는 실체적 법익들이 사회적 기본권의 보장에 의해서도 상대적으로 적은 정도로 제약받게 되는 경우에 개인에게 부여된다고 할 것이며, 이 최소한의 내용이 상대적으로 명확한 사회적 기본권의 경우에도 그 최소한의 내용은 국민의 사회의식의 변화, 사회·경제적 상황의 변화와 같은 사실적 요인에 따라 동태적으로 변화할 수밖에 없으므로 이 최소한의 수준에 해당하는 사실적 급부의 양과 종류를 수량화하여 획일적으로 확정하는 것은 무의미한 일이다.[62]

사회적 기본권으로서의 건강권의 최소한 보장의 수준도 특정한 사실적 급부의 긴절성, 당해 급부의 제공으로 인한 다른 법익침해 또는 국가의 재정적 부담,[63] 국민의 사회적 의식 및 사회·경제적 변화를 반영하여 문제되는 영역마다 결정되어야 할 것이다.

헌법재판소는 구 국민의료보험법 제41조 제1항 등 위헌소원사건에서, 『의료보험급여의 배제가 보험의 본질과 목적에 어긋난다고 하는 것은 다른 한편으로는, 사회보장급여를 절실히 필요로 하는 곳에 오히려 이를 제공하지 않게 된다는 것을 의미한다. 의료보험을 포함하는 사회보장제도는, 그 발생 여부가 확실치 않거나 또는 그 발생시기를 확실히 하기 어려운 사회생활상의 우연한 위험으로부터 경제적 능력이 충분치 않은 다수의 국민을 보호하기 위하여 원래 만들어진 제도이므로, 예측하지 못한 우연한 위험이 발생한 때에 사회보장으로서의 의료보험의 실시가 가장 절실하게 필요하다. 경과실의 범죄행위에 기인한 보

62) 정태호, 앞의 논문, 제662면.
63) 건강권의 최소한 보장기준에 의하더라도, 다수인이 그 권리를 주장하는 경우에는, 적지 아니한 재정적 부담을 유발하므로 그에 관한 확정적 급부를 내용으로 하는 권리를 인정할 수 없다는 비판이 있을 수 있으나, 국회가 재정권한을 보유한다는 이유만으로 최소한 보장의 확정적 권리성을 부인할 수는 없으며, 국회의 재정권이 갖는 비중도 무한한 것이 아니므로 국회의 재정권이 결코 절대적 한계가 될 수는 없다는 주장이 있다(정태호, 앞의 논문, 제663면 참조).

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

험사고는 의료보험을 가장 절실하게 필요로 하는 바로 이러한 우연한 위험의 하나에 속하는 것이다. 그러므로 이러한 경우에 오히려 의료보험의 수급권을 부정하는 것은 사회보장제도의 목적 내지 필요성에 어긋나는 것이다.

의료보험수급권은 법률에 의하여 구체적으로 형성되는 권리이고 의회는 그 형성에 있어서 넓은 재량을 갖는다(헌재 1999. 4. 29. 97헌마333, 판례집 11-1, 503, 513 참조). 그러나 그 재량은 제도의 본질을 침해하여서는 안된다는 헌법 상의 한계를 갖는 것이고 만일 이러한 재량의 한계를 현저히 일탈할 경우에는 그 법률은 위헌이 된다. 더구나 헌법 제34조 제2항은 국가는 사회보장과 사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다고 규정하고 있으므로 의회의 입법재량이 이러한 헌법 상의 의무에 역행하는 방향으로 행사되어서는 안될 것이다.

따라서 의료보험수급권을 법률로 형성함에 있어서 의회가 비록 폭넓은 재량권을 가진다는 점을 고려한다고 하더라도 계쟁조항이 경과실의 범죄행위에 기인한 보험사고의 경우에까지 의료보험의 수급권을 부정하는 것은 위에서 본 바와 같이 우연한 사고로 인한 위험으로부터 다수의 국민을 보호하고자 하는 사회보장제도로서의 의료보험의 본질에 반하고, 의료보험을 절실히 필요로 하는 다수 국민의 우연한 위험에 대하여 그 보호를 거절하는 것이 되어 사회보장의 증진에 노력할 국가의 책임에 역행하는 것이므로 이러한 입법은 재량의 범위를 현저히 일탈하여 위헌이라고 할 것이다(헌재 2003. 12. 18. 2002헌바1, 판례집 15-2 하, 441, 456-457).』라고 판시한바 있다.

헌법재판소는 위 결정에서 '의료보험수급권'이라고 하는 사회보장급여의 절실한 필요성, 문제가 된 의료보험의 본질 등을 고려하여, 경과실로 인한 보험사고의 경우에 의료보험의 수급권을 부정하는 것은 의료보험수급권의 최소한의 기준에도 미치지 못하다는

점을 들어 해당 조항을 위헌[64]으로 결정하였다.

(5) 소결

결론적으로, 사회적 기본권으로서의 건강권은 사회적 기본권의 성격에 대한 일반적인 이론으로 그 전체를 설명하기 어렵고, 사회적 기본권으로서의 건강권의 구체적인 내용에 따라 그 성격이 규명되어야 한다. 특별히 현재 헌법재판소가 사회적 기본권을 해석하고 심사하는 시각에 비추어 볼 때, 사회권적 기본권으로서의 건강권이 헌법소송에서 헌법적 문제를 실효적으로 야기하고, 이에 대한 헌법적 당부까지 의미있는 것으로 되기 위해서는, 문제되는 영역에서의 최소한의 건강권이 무엇인지를 밝혀내는 것이 중요하다. 이는 앞에서도 살펴본 바와 같이 특정한 사실적 급부의 긴절성, 당해 급부의 제공으로 인한 다른 법익 침해 또는 국가의 재정적 부담, 국민의 사회적 의식 및 사회·경제적 변화 등을 종합적으로 반영하여 구체적인 사안에서 개별적으로 검토되어야 할 것이다.

64) 좀 더 구체적으로는 『구 국민의료보험법(1999. 12. 31. 법률 제6093호로 개정된 국민건강보험법 부칙 제2조에 의하여 2000. 7. 1.자로 폐지되기 전의 것) 제41조 제1항의 "범죄행위"에 고의와 중과실에 의한 범죄행위 이외에 경과실에 의한 범죄행위가 포함되는 것으로 해석하는 한 이는 헌법에 위반된다.』라고 하는 한정위헌의 주문형태를 선택하였다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

PART 1

건강권 이해

국가인권위원회
humanrights.go.kr

| 제 3 장 |
한국 사회경제의 구조와 보건의료

임 준(서울시립대학교 도시보건대학원 교수)

1. 서론

2. 한국 사회경제 구조의 변화와 보건의료 개혁의 필요성

3. 자원의 불균등 분포와 건강 불평등의 심화

4. 보건의료 공공성 담론의 전환과 개혁 방향

5. 결론

참고문헌

이 연구는 2020년도 공공상생연대기금의 지원을 받은 연구로, 비판사회정책(Journal of Critical Social Policy) 제71호(2021년, pp.291~328)에 실린 '한국 사회경제의 구조적 불안정 심화와 보건의료 개혁'을 본 교재에 맞게 일부 수정하여 실었습니다.

1. 서론

기대여명의 증가와 저출산이 결합하여 고령화 속도가 매우 가파르다(통계청, 2020). 2019년 기준으로 생산가능 인구 자체가 줄어들면서 한국 사회의 지속 가능성에 대한 우려가 커지고 있다. 고령화 문제는 필수의료에 대한 권리 침해, 의료비 증가, 건강불평등 심화 등과 같이 현재 한국 사회가 안고 있는 건강 관련 문제를 훨씬 더 악화시키고 건강보장 기반을 근저에서 위협하는 중심적인 요인으로 작동하고 있다(김윤 등, 2019).

인구의 고령화는 필연적으로 질병 구조의 변화와 연동된다. 기대여명이 길어진다는 것은 생애 전 주기에 걸친 유해환경 및 인자에 노출된다는 것을 의미한다. 위험 요인에 지속적으로 노출되면 인체에 누적된 영향을 미치게 된다. 더욱이 서구화된 식습관의 변화, 신체 활동의 감소 등 생활습관 전반의 변화와 맞물려 만성질환 중심으로 질병 구조가 변화하고 있다. 한국의 만성질환자가 전체 인구에서 차지하는 비중은 2017년 기준으로 33.6%에 이르고 있고, 이에 따라 만성질환 진료비 비중도 2003년 26.8%에서 2017년 41.0%로 빠르게 증가하고 있다. 고혈압 및 당뇨병 진료비가 2017년 기준 약 5.3조 원으로 2010년부터 고혈압은 연평균 3.2%, 당뇨병은 7.4%로 증가하고 있다(국민건강보험공단, 2019a). 이렇듯 질병 부담이 지속해서 증가하고 있지만, 고혈압 및 당뇨병 환자의 조절률은 50% 미만일 정도로 관리가 제대로 이루어지지 않고 있다. 만성질환 관리에 있어서 비용 효과적이면서 적정한 질을 담보하기 위해서는 일차보건의료의 역할이 중요한 것으로 알려져 있으나, 서구와 달리 의원급에서 만성질환을 다루는 비중이 크지 않고 오히려 줄고 있다. 이에 정부는 일차의료에 기반을 둔 만성질환관리 시범사업을 추진하고 있다(김윤 등, 2017).

만성질환은 질환의 특성상 일단 발병하면 원래의 건강한 상태로 회복하기 어렵다. 따라서 중증질환으로 발전하기 이전에 사전 예방을 강화하는 것이 훨씬 중요하다. 이러한 특

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

성을 고려할 때에 사익추구적이면서 치료중심적인 보건의료체계에 기반을 두고 만성질환 중심의 질병 구조에 대응하기란 쉽지 않은 과제다. 사회적 입원만 증가시킬 뿐 전체적인 삶의 질을 높일 수 없음은 자명하다. 가파른 의료비 증가를 감당할 방법도 없다. 선진외국의 사례와 같이 일차보건의료 및 지역사회 건강증진의 강화가 해결의 실마리를 제공할 수 있다(임준, 김철웅, 고영, 이지현, 이현숙, 2018). 그러나 우리나라는 지역사회 일차보건의료 기반이 취약하고, 보건의료체계가 병원 등 치료 중심으로 이루어져 있어서 만성질환관리가 쉽지 않고 노인에 대한 포괄적 건강관리가 어렵다(김창엽, 2018). 따라서 고령화 속도가 더 빨라질 것이 예견되는 상황에서 보건의료체계를 공공적인 방향으로 시급하게 개편해야 한다. 이러한 변화가 이루어지지 않는다면 의료비 상승, 높은 기대여명에 반하는 낮은 건강수명, 그리고 삶의 질 저하 문제는 해결되기 어려울 것이다.

기대여명의 증가는 만성질환의 구성에도 큰 변화를 가져오고 있다. 개인 수준과 집단 수준에서 고혈압과 당뇨병으로 대표되는 만성질환관리가 강화됨에 따라 심뇌혈관질환의 중요성이 상대적으로 줄어들고 일반적인 고령 인구에 발생하는 허약성의 문제가 중요한 건강 이슈로 등장하고 있다(이선미, 2019; 이윤경, 2018; 장숙랑, 2015). 현재도 65세 이상 인구의 20% 정도가 허약 노인이고 그 비중이 점차 커지고 있는데, 향후 본격적인 초고령사회가 도래한다면 그 비중이 더 커질 수밖에 없어서 결코 비껴갈 수 없는 건강 의제가 될 것이 확실하다(정경희 등, 2017).

역사적으로 볼 때에 한국의 보건의료체계는 생의학적 모형에 기반을 둔 치료 중심의 보건의료체계가 지속적으로 강화되는 경로를 밟아 성장하였다. 해방 이후 결핵 등과 같은 일부 공중보건 영역을 제외하면 대다수 의료서비스가 시장 기전을 통해서 공급되었다고 해도 과언이 아니다. 1989년 전국민의료보험의 등장과 건강보험 통합 등을 거치면서 의료

서비스의 공급에 필요한 재원의 상당 부분을 공공 부문에서 조달하게 되었으나, 의료서비스의 80~90%는 시장 기전을 통해 공급되고 있다(김창엽, 2019). 병상 기준으로 공공병원의 비중이 10% 내외에 불과하다는 사실에서 확인할 수 있듯이 공공 부문에 대한 정부 투자가 이루어지지 않았기 때문에 주로 공공성이 취약한 민간의료기관에서 서비스를 공급하였다(임준, 2019). 그 결과로 예방보다는 치료, 일차의료기관보다는 상급종합병원 중심으로 서비스 공급이 이루어져 왔고, 서비스의 연계와 조정보다는 경쟁이 일상화된 보건의료체계를 갖게 되었다. 그 결과로 많은 부정적 현상이 발생하게 되었는데, 대표적인 현상이 병상의 과잉 공급이다. 급성기 병상 수만 보더라도 OECD 국가 중 일본 다음으로 높다. 더욱이 OECD 국가들은 급성기 병상 수가 줄어들고 있는 추세인데, 한국만 증가하고 있다(OECD, 2020).

그런데, 급성기 병상의 증가는 대형병원에 국한되지 않고 모든 병원에서 이루어지고 있다. 특히, 소규모 병원의 병상 증가 속도가 더 빠르다(통계청, 2020). 이러한 소규모 병원의 병상 증가는 의원과 병원의 기능 재정립을 어렵게 만들고, 의료기관에 대한 적정 수가 책정을 어렵게 만드는 요인으로 작용한다. 일반적으로 수가는 적정 병상 규모인 병원의 서비스 생산 비용을 기준으로 책정된다는 점에서 소규모 병원에게 불리할 수밖에 없다. 이런 조건 속에서 소규모 병원은 적정 규모의 병원에 비해 비정상적인 방식으로 진료 강도를 강화할 가능성이 크다. 더욱이 의료취약지일수록 역량을 갖춘 종합병원이 없고 소규모 병원만 분포할 가능성이 큰데, 이 경우 중등도 이상의 필수의료서비스 제공이 어렵게 된다. 특히, 의사, 간호사 등 보건의료인력의 상당수가 소규모 병원에서 활동하게 되면 추가적인 질의 상승 없이 지역별로 보건의료인력의 부족 문제가 더 심각해질 수밖에 없게 된다.

또한, 사익추구적 보건의료체계로 인하여 시장을 통한 의료기관 간 경쟁이 강화되면

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

서 수요가 많은 수도권에 상급 병상이 집중되는 현상이 심화되고 있다. 실제 배출된 의사와 간호사 등 보건의료인력 역시 수도권에 집중되어 있어서 분포의 불균형이 심각한 상황이다(임준, 한진옥, 2017). 의료전달체계가 제대로 작동하지 않아 의원과 병원이 경쟁하는 상황에서는 환자의 선택이 효율성과 의료의 질을 떨어뜨리는 방향으로 작동할 가능성이 크다. 의료기관 역시 법률적으로는 규제의 틀 안에 있음에도 불구하고 실제 규제가 작동하지 않아서 시장에서 영리를 추구하는 공급자의 행태를 취하게 된다. 더욱이 행위별수가제도가 낮은 수가 수준과 결합하여 진료 강도의 비정상적인 증가를 낳고 있다. 이처럼 한국은 보건의료체계의 사익추구적 성격이 매우 강해서 수술, 검사, 약품의 사용이 적정 수준을 초과하고 있다는 비판이 지속적으로 제기되고 있다(김남순, 박실비아, 2016; 김명희, 김철웅, 박형근, 윤태호, 임준, 2010).

사익추구적 보건의료체계는 환자-의사 관계를 악화시키고 시민들에게 보건의료에 대한 부정적 인식을 심어주는 구조적 기제로 작용하고 있다. 현재 의사에 대한 환자의 불신은 법적 갈등을 넘어서서 문화적 양상으로 번지고 있다. 대학병원에 대한 의존도가 커지면서 만성질환 시대에 그 역할이 강화되고 있는 서구의 일차의료기관과 달리 한국의 일차의료기관은 대학병원을 가기 위해 불편하게 거쳐야만 하는 진료 의뢰서 발급기관 정도로 인식되고 있다(김명희 등, 2010).

궁극적으로 사익추구적 보건의료체계는 의료비의 가파른 증가를 유발한다. 서비스의 연계와 조정보다 경쟁이 지배하는 상황에서 불필요한 서비스의 과잉 공급은 의료비 상승을 밀어붙이는 핵심적 기제로 작용하고 있다. 특히, 공공적인 재원조달체계와 시장 중심의 서비스공급체계 간 부조화로 자원 배분의 비효율성이 증가하고 있고, 의료비 증가가 가속화되고 있다. 비급여의 급여화로 대표되는 문재인 케어의 등장으로 인하여 이러한 부조

화 현상이 지속될 것으로 예상된다. 실제 최근 10년간 의료비 증가율을 보더라도 미국, 일본, 영국보다 높은 수준을 보이고 있다(OECD, 2020).

이처럼 사익추구적 보건의료체계로 인한 병리 현상이 심각해지면서 보건의료의 개혁 요구가 커지고 있다. 지금까지 한 번도 경험해본 적이 없는 초고령사회가 다가오면서 치료 및 입원(소) 중심의 사익추구적 보건의료체계의 개혁 필요성은 더 커질 수밖에 없을 것이다. 그런데, 보건의료체계는 한국 사회경제 구조의 불안정성이 심화되면서 훨씬 더 근원적인 변화를 요구받고 있다. 대량생산체제와 높은 성장률이 담보되었던 시기의 사익추구적 보건의료체계에 대한 개혁 동력과 신자유주의 세계화 이후 사회경제 구조의 불안정성이 일상화된 시기의 보건의료체계에 대한 개혁 동력은 달라질 수밖에 없을 것이다. 이에 본 연구는 한국 사회경제 구조의 불안정성 심화가 보건의료의 공공성 담론 형성에 미치는 영향을 분석하고, 이에 조응한 보건의료의 개혁 방향을 도출하고자 진행되었다.

2. 한국 사회경제 구조의 변화와 보건의료 개혁의 필요성

가. 포디즘체제의 한계와 지배 담론의 변화

해방 이후 근대적 보건의료체계가 형성된 과정에서 보건의료서비스 영역에 대한 정부의 태도는 자유방임에 가까웠다(김창엽, 2019). 재원조달체계부터 서비스제공체계까지 국가의 역할이 전무하다고 할 정도로 시장이 지배적인 역할을 담당하였다. 1989년 공적의료보험인 전국민의료보험제도가 도입되었지만, 민간 부문에 의한 시장 지배력은 훨씬 공고화되었다. 서비스제공체계에 대한 공공적 개입 없이 공적 재원조달체계가 구축되면서 시장의 수요가 획기적으로 증가하는 계기가 되었고, 대규모 민간 자본이 보건의료 부문에 투입

KOR 국가인권위원회 humanrights.go.kr

되기에 이르렀다. 그 과정에서 수도권 대형병원이 주도하는 사익추구적 보건의료체계가 구조화되는 상황이 연출되었다(김명희 등, 2010).

보건의료의 공적 성격이 강한 서구와 달리 사익추구적 보건의료체계가 구조화되어 있는 한국은 계층·지역 간 자원의 불균형 분포가 당연시되었고, 의료서비스의 질과 접근성의 차이가 일상화되었다. 그 결과 치료가능사망률의 격차가 벌어지는 문제가 발생하였다(조희숙 등, 2018). 이러한 격차를 줄이기 위해 진보정치세력과 시민사회에서 제기된 무상의료는 건강보험의 보장성 강화라는 제한적 의미로 정책화되었고, 공공의료 부문의 확충을 포함한 보건의료체계의 공공성 강화로 이어지지 못하였다. 참여정부 때에 공공병상 30% 확충 요구는 시스템 차원의 공공성 강화로 이어지지 못한 채 국립대학교병원의 인프라를 확충하는 정도로 마무리되었다(김창엽, 2019).

그런데, 이러한 사익추구적 보건의료체계의 구조화는 필연적으로 건강불평등의 지속적인 증가와 지역 소멸, 그리고 코로나19로 인한 공중보건의 위기 등으로 근본적인 위기에 봉착하게 되었다(임준, 2019). 또한, 1980년대까지 작은 규모의 보건의료인력에 의한 서비스 제공 및 저수가 체계에 근거한 낮은 수준의 의료비 유지는 저임금 노동을 유지하는 기반이 되었으나, 건강보험이라는 공적 재원과 결합된 사익추구적 보건의료체계의 구조화로 인하여 급격하게 의료비가 상승하였고, 이는 총 노동비용의 압박으로 작용하게 되었다. 더욱이 행위별수가제도로 인하여 저수가 체계만으로 의료비 통제를 실현하기 어려웠고, 광범위한 비급여 시장과 이에 기반을 둔 민간의료보험 시장이 성장하면서 전체 의료비는 점점 더 통제 불능 상태로 빠져들고 있다(김관옥, 신영전, 2017).

인구의 고령화와 사익추구적 보건의료체계에 기인한 급격한 의료비 증가는 코로나19와 같은 공중보건 위기 상황과 맞물려 보다 근본적인 보건의료 개혁을 요구하고 있다. 향

후 시민사회 및 정치권의 요구와 맞물려 공공보건의료 강화를 포함한 사익추구적 보건의료체계에 대한 개혁 요구가 커질 것이 예상된다(김영범, 이종선, 임준, 정동철, 황정미, 2019). 그런데 근대 보건의료의 태동에서 성장까지 한국 보건의료체계는 양적 성장담론에 기초해 있었던 사회경제 구조와 밀접하게 관련되어 있다. 따라서 보건의료의 개혁이 실제 이루어지려면 보건의료의 개혁 요구가 사회경제 구조의 변동과 어느 정도 정합성을 갖느냐와 관련될 수밖에 없다. 따라서 보건의료 개혁 담론과 방향성을 논의하기에 앞서서 보건의료체계의 변동에 영향을 미칠 수 있는 1980년 이후 한국 사회경제 구조의 역사적 변천에 대해서 살펴보고자 한다.

먼저, 1980년대 이후의 한국 사회경제 구조를 한 구절로 표현하면 대량생산체제라고 명명된 포디즘체제라고 정의할 수 있다. 그런데, 포디즘체제가 성립하려면 생산성과 연동된 안정적 임금이 뒷받침된 대량소비가 가능해야 한다. 이를 위해 사회보장제도에 의한 안정적인 수요를 창출할 수 있어야만 포디즘체제의 구축이 가능하다(여유진 등, 2017). 서구에서 일반화된 의료보장제도와 공익적 성격이 강한 보건의료체계 역시 이러한 포디즘체제가 유지될 수 있는 자양분으로 작용하였고, 보건의료에 대한 국가의 개입은 당연한 가치로 받아들여졌다.

그러나 생산성 기반의 시장 경쟁력에 기반을 둔 대량생산체제를 구축할 수 없는 내생적 한계를 갖고 있었던 한국은 일반적인 포디즘체제와 다른 특성을 갖고 있었다(안승국, 2019; 여유진 등, 2017). 저임금에 기반을 둔 가격 경쟁력으로 수출 주도의 중공업화 전략에 기반을 둔 대량생산체제를 유지해야 했던 한국은 노동력의 재생산 비용을 줄이지 않고서는 안정적인 대량생산체제를 유지할 수 없었고, 서구보다 농수산물을 포함한 서비스 부문의 가격 통제를 유지할 필요성이 컸다. 보건의료 부문 역시 이러한 구조적 환경에서 자유

롭지 못하였다. 저임금 구조의 유지를 위하여 정규직과 비정규직, 대기업과 중소기업 등으로 노동시장이 분화되는 구조적 유인이 작동하였고, 보건의료 부문도 공적 의료보험체계를 도입하면서 저수가 체계를 유지할 필요성이 컸다.

이처럼 과잉 생산과 같은 포디즘체제의 구조적 문제와 함께 대량생산체제를 유지할 기반 자체가 허약한 한국은 체제 수준의 불안정성과 내적 위기가 심화되었다. 즉, 수출주도 중공업화 전략으로 자본의 유기적 구성이 지속적으로 상승하였지만 생산성의 상승은 그만큼 이어지지 못하면서 점증하는 대기업 정규직 노동자의 임금 인상 압박과 이윤율 저하 경향을 하청 계열화 및 중소 규모의 사업장과 서비스 부문에 비용을 전가하는 방식으로 해소해왔다. 그 과정에서 사회경제 구조의 불안정성이 심화되었고, 위기가 축적되는 양상을 보였다. 자본/노동의 배분 비율이 지속적으로 상승하면서 총 임금에 근거한 내수 시장의 정체가 심화되었고 사회보장제도의 미비가 더욱더 사회적 갈등을 증폭시켰다(김유선, 2019). 저수가에 의한 낮은 의료비 유지 전략을 견지하였던 건강보험제도와 사익추구적 보건의료체계는 더 이상 낮은 의료비를 유지할 수 없는 상황에 직면하게 되었고, 보건의료 시장의 확대로 인한 민간의료보험과 제약 자본의 성장은 보건의료부문의 갈등을 증폭시키는 결과를 가져왔다.

결국 한국형 포디즘체제는 1987년 노동자대투쟁과 전국민의료보험 등으로 의한 노동비용의 상승 압박이 커지면서 매우 폭력적인 방식을 통해 신자유주의체제로 전환되기에 이른다(김미곤 등, 2017). 1997년 한국은 IMF 금융위기 이후 이중 노동시장이 훨씬 더 강화되었고, 규제 완화라는 논리로 경제적 규제 장치뿐 아니라 사회적 규제 장치도 약화되었다. 중심부 노동에 대한 체제 내화가 강화되었고, 주변부 노동에 대한 구조적 차별이 더 커졌다(이제민, 2016). 신자유주의체제하에서 한국형 포디즘체제의 불안정성이 더욱더 차별적

인 방식으로 이어지게 된 것이다.

최근 플랫폼 자본 및 노동의 증가에 이르기까지 한국 노동시장의 차별적 구조는 훨씬 중층화 하는 경향을 보이고 있다. 여기에 저출산과 맞물린 노동인구의 전반적인 감소 속에 서비스 부문의 낮은 임금을 유지하는 방편으로서 여성의 경제활동 참여가 증가하면서 노동시장에서 주변부화 경향이 강화되고 있다(김철식 등, 2019). 공공부문이 취약한 사익추구적 보건의료체계에서 이러한 이중 노동시장 정책은 보건의료 부문에 그대로 투영되고 있다. 중심부에 해당하는 남성(또는 남성화된 여성) 의사직은 높은 임금으로 체제내화되고, 여성 간호직은 낮은 임금 속에서 수도권과 비수도권의 차별적 구조가 강화되는 중층화 현상이 나타나고 있다(김진현 등, 2020).

나. 자본의 불균등 발전과 이해의 충돌

상대적으로 취약한 생산성 기반을 극복하고 선진 외국과 경쟁력을 확보하기 위해서는 국가 수준에서 노동력 재생산 구조의 안정화가 필연적으로 요구되었다. 과거와 같은 폭력적 방식의 노동정책으로는 전반적인 저임금구조를 유지하기 어려운 상황에서 투 트랙 전략이 사용되었다. 하나는 이중 노동시장을 통해 노동비용을 전가시키는 방법이다. 대기업 제조업 부문의 이윤율 확대를 위해서 비정규직 및 하청 계열화를 통하여 임금과 위험을 외주화하고, 노동의 재생산 비용이라 할 수 있는 서비스 부문으로 비용을 전가하는 것이다(김유선, 2019). 또 다른 하나는 의료비 부담 억제와 관리를 통해 총 노동비용을 줄이는 방법이다. 서구의 경험을 볼 때에 한 사회의 구조적 불안정성을 줄일 수 있는 안전장치가 공공보건의료체계라 할 수 있는데, 이러한 체계가 취약한 한국은 사회적 돌봄 노동을 최소화하고 적은 보건의료인력에 기초하여 총 보건의료 비용을 줄이고자 하는 전략이 완고

하게 유지되어 왔다(임준, 한진옥, 2017).

그렇지만, 사익추구적 보건의료체계의 성장은 전체 자본의 이해관계라 할 수 있는 총 보건의료 비용을 줄이는 것과 반대되는 방향의 변화를 가져오고 있다. 빠르게 성장한 민간 의료보험 자본과 제약 자본의 성장, 그리고 수도권 대형병원의 독점적 지위 강화와 의료전문직의 시장화 경향은 폭발적인 의료비 증가의 동인으로 작용하고 있다(임준, 2019). 초기 전체 자본의 하위 파트너에 불과하였던 보건의료는 한국 사회경제 구조의 불안정성을 심화시키는 주요한 요인으로 자리잡게 된 것이다. 더욱이 지역의 격차가 한층 커지고 의료의 질에 대한 국민들의 불만이 최고조로 다다르면서 사회적 갈등요인으로 작용하고 있다. 급기야 코로나19의 공중보건 위기 상황에서 사익추구적 보건의료체계를 통제할 수도 없고 공공적 역할을 기대하기도 어렵게 되면서 방역만을 외칠 수밖에 없는 상황이 발생하고 있다.

이와 같이 한국 노동시장의 차별적 구조가 심화되는 가운데 보건의료체계의 사익추구적 성격이 강화되면서 총 의료비의 최소화를 통하여 낮은 비용으로 노동력 재생산 구조를 유지하려는 전체 자본의 전략은 근본적인 위기에 봉착하게 되었다. 근본적인 노동시장의 차별적 구조를 해소하기 어렵다면, 최소한 의료의 공공성을 강화하여 안정적인 총 의료비를 유지하고 필수적인 보건의료에 대한 접근성을 높이는 방향으로 보건의료 담론을 재구성할 필요성이 커졌다. 그렇게 하지 않을 경우 한국 사회경제의 지속가능성을 보장하기 어려워졌다고 할 수 있다.

반면, 시민사회 역량의 성장은 의료산업화 경향을 내포할 수밖에 없는 사익추구적 보건의료체계의 새로운 도전으로 작용하고 있다. 서비스 부문의 저임금 구조화를 통한 재생산 비용의 억제 전략은 사회적 관점에서도 더 이상 유효성이 떨어지게 되었다. 최근 플랫폼 자본의 성장과 플랫폼 노동을 통한 억제 전략이 한층 구조화되고 중층화되고 있지만, 과

거와 같은 고용관계에 기초한 임금 정책을 넘어서서 기본소득 등과 같이 사회 보장 및 사회복지체계의 전면적 혁신을 요구하는 목소리가 커지고 있다(최영준, 구교준, 윤성열, 2018). 이렇듯 새로운 접근 전략이 요구되는 시점에서 이중 노동시장의 한계와 차별적 구조를 유지하면서 재생산 비용을 억제하려는 전략은 과거의 유물로 남을 가능성이 크다. 더욱이 전 세계적으로 자본의 역관계가 빠르게 변하고 있는 상황에서 새로운 사회경제 구조에 적합한 보건의료 개혁 요구는 훨씬 커질 것으로 예상된다.

결론적으로 한국 사회경제 구조의 변화에 따라 보건의료의 개혁 요구가 커지고 있음에도 불구하고 신자유주의 체제 하에서 전체 자본에 강력한 영향력을 행사하고 있는 사익추구적 보건의료체계는 지속적인 갈등요인으로 작용하고 있다. 사익추구적 보건의료체계의 근저에 작용하고 있는 민간의료보험과 제약 자본, 그리고 수도권 대형병원의 주도성은 한국 사회경제 구조의 불안정성을 심화시키는 요인으로 작용할 수밖에 없다. 비의사 직군으로 노동비용을 전가하고 여성 노동, 비수도권 노동, 사적 돌봄 노동으로 총 노동 비용을 줄이려는 시도가 지속되고 있지만, 수도권 대형병원 주도의 과잉투자, 과잉 진료 등으로 인한 의료비 상승 압박이 훨씬 더 크다. 코로나19로 확인되었듯이 공중보건위기에 무력한 기존 시스템의 불안감도 커지고 있다. 지역 소멸의 경험 속에서 공공의료의 취약성이 사회적 핵심 의제로 등장하고 있다. 이제 사익추구적 보건의료체계에 대한 전면적 개혁이 당연시되는 상황이 전개되고 있다. 치료 중심의 사익추구적 보건의료체계로는 인구 고령화로 인한 만성질환의 증가와 사회적 돌봄 필요성의 증가에 대응하기 어렵다는 점에서도 새로운 변화를 갈망하는 목소리가 커지고 있다(임준, 2019).

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3. 자원의 불균등 분포와 건강 불평등의 심화

가. 자원의 불균등 분포

1) 보건의료 인프라의 지역 간 불균형 심화

서비스의 공급이 필요가 아닌 구매력에 의해 결정되는 사익추구적 보건의료체계에서 보건의료 자원의 지역 간 불균형은 당연한 귀결일 것이다. 특히, 건강보험 재정의 상당 부분을 점유하고 있는 상급종합병원일수록 수도권과 대도시 쏠림 현상이 크다. 시도별 인구 10만 명당 상급종합병원 병상 수 분포를 보면, 서울이 가장 많고, 대구, 인천, 대전 순서로 많다. 반면, 도 지역의 경우는 제주와 경북에 상급종합병원이 없고, 경기, 전남이 다른 지역에 비해 적다. 물론 광역시 중 울산과 세종도 상급종합병원이 없는데, 울산은 상급종합병원의 자격 조건을 충족하지 못해 탈락한 결과이고, 세종은 행정복합도시로서 인구 규모도 적고 신생 도시라는 점에서 예외적인 경우이다. 그렇지만, 상급종합병원을 포함한 종합병원 이상의 병상 수를 보면 지역적 격차가 크지 않음을 알 수 있다. 도 지역의 경우는 대형병원보다 중소병원의 비중이 크기 때문인데, 특징적인 것은 서울의 인구 10만 명 당 병상 수보다 많은 시도가 적지 않다는 것이다(통계청, 2020).

〈표 1〉 시도의 연도별 10만 명당 상급종합병원 및 종합병원(상종 포함) 병상 수

(단위: 인구 10만 명당 개수)

	2015		2016		2017		2018		2019	
	상급종합	종합이상	상급종합	종합이상	상급종합	종합이상	상급종합	종합이상	상급종합	종합*이상
서울	159.6	295.3	162.3	298.4	163.2	301.6	157.3	306.6	157.3	309.3
부산	101.7	340.0	102.1	343.1	104.0	348.2	96.3	340.5	100.9	349.9
인천	109.9	295.8	110.9	288.8	110.1	296.0	113.5	300.2	115.6	303.9
대구	107.3	208.8	107.7	209.5	108.7	208.1	127.6	225.7	128.0	231.9
광주	100.9	460.0	99.6	460.8	107.5	468.6	110.1	476.1	110.6	492.1
대전	78.8	334.7	79.4	334.1	79.1	335.5	79.6	328.2	80.3	326.2
울산	68.6	224.2	70.5	225.5	73.0	242.0	0.0	245.7	0.0	250.2

	2015		2016		2017		2018		2019	
	상급 종합	종합 이상	상급 종합	종합 이상	상급 종합	종합 이상	상급 종합	종합 이상	상급 종합	종합* 이상
세종	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	61.3
경기	35.3	175.6	34.7	177.8	34.2	176.0	34.1	180.6	33.7	175.9
강원	45.5	290.3	44.8	298.8	44.8	295.5	44.9	300.3	44.6	296.6
충북	34.9	254.7	37.6	254.4	42.7	256.8	41.9	266.1	41.3	259.2
충남	71.4	206.0	70.5	204.6	70.7	209.5	70.0	211.1	70.0	222.7
전북	86.5	257.6	89.3	286.4	90.3	289.2	89.1	292.6	92.1	300.6
전남	33.7	343.8	33.7	363.7	33.5	346.6	33.8	366.4	34.0	361.5
경북	0.0	235.8	0.0	227.7	0.0	243.7	0.0	243.1	0.0	244.1
경남	54.4	248.0	55.4	256.2	54.9	257.7	54.5	258.2	54.4	263.9
제주	0.0	335.8	0.0	312.9	0.0	304.0	0.0	307.2	0.0	297.7

* 상급종합병원과 종합병원 병상 수를 합친 병상 수
** 출처: 통계청, 2020.

그런데, 300병상 이상의 종합병원(상종 포함) 병상 수를 보면 상급종합 병상 수 분포와 유사함을 알 수 있다. 대전과 부산을 제외하면 서울이 타 시도에 비해 훨씬 많다. 이를 통해서 종합병원의 경우도 광역도는 300병상이 채 되지 않은 작은 규모의 병원이 주를 이루고 있음을 유추할 수 있다. 일반적으로 병상 규모가 작은 병원은 충분한 의사, 간호사 등의 의료인력을 확보하지 못한 경우가 많아 중증도 높은 진료를 수행하기 어렵다. 결국 적정 규모의 종합병원을 확보하지 못한 지역은 지역 내에서 자체충족적인 진료를 수행하기 어렵고 발생한 환자들이 타 지역으로 빠져나게 된다. 그 과정에서 시간의존성이 강한 질환이나 취약계층의 경우 접근성 장애가 발생하여 건강 격차가 벌어질 가능성이 커지게 된다. 실제 300병상 이상 종합병원(상종 포함)이 없는 지역의 치료가능사망률과 입원사망비가 타 지역에 비해 높다. 더욱이 이러한 경향은 점차 강화되고 있다는 데에 문제의 심각성이 존재한다. 제주를 제외하면 대부분의 광역도의 300병상 이상 종합병원의 병상 수가 줄어드는 양상을 보이는 반면, 서울 등 광역시는 증가하는 경향을 보이고 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

시군구 지역의 300병상 이상 종합병원 병상 수는 시도보다 더 확연한 차이를 보인다. 구와 시의 300병상 이상 종합병원 병상 수 차이는 큰 차이를 보이지 않지만, 군 지역은 그러한 병원이 없는 경우가 대부분이다. 인구수가 적은 군 지역은 구매력이 크지 않기 때문에 민간병원이 들어오지 않을 뿐만 아니라 공공부문조차도 적자가 발생한다는 이유로 적정 규모로 운영되지 않기 때문일 것이다. 그 결과로 규모가 작은 민간병원이나 공공병원만 존재하게 되는데, 그 과정에서 중등도 이상의 질환에 대한 대응이 불가능하게 된다. 결국 환자의 상당수가 타 지역으로 빠져나가게 되고 건강 격차가 발생하게 되는 것이다.

자원의 불균형은 시설뿐 아니라 의료인력에서도 확인할 수 있다. 특히, 의사 인력의 서울 쏠림 현상이 매우 크다. 세종을 제외하면 서울이 가장 적은 경북 지역에 비해 3배 이상 의사인력이 많다. 그리고 시간이 갈수록 그 격차는 점차 커지고 있다. 간호사 역시 마찬가지인데, 서울 등 광역시가 광역도에 비해 인구 10만 명 당 간호사 수가 더 많고 점차 그 격차가 커지고 있다(통계청, 2020).

〈표 2〉 시도의 연도별 10만 명당 의사 및 간호사 수

(단위: 인구 10만 명당 명)

	2015		2016		2017		2018		2019	
	의사	간호사	의사	간호사	의사	간호사	의사	간호사	의사	간호사
서울	169.8	319.8	171.3	375.0	172.4	383.3	175.5	400.0	178.7	447.5
부산	117.2	306.9	118.1	346.2	118.1	357.2	121.0	373.8	123.4	422.2
인천	91.7	238.1	93.5	288.3	98.0	311.6	103.0	341.2	105.8	386.3
대구	104.9	247.1	106.1	271.7	104.2	273.2	106.8	283.0	108.1	347.8
광주	130.2	343.4	136.6	365.3	135.3	379.0	137.4	398.1	141.5	460.9
대전	117.6	248.1	118.9	291.2	124.2	306.0	129.1	317.9	133.2	378.0
울산	67.8	210.4	71.9	243.2	73.3	252.2	73.6	257.7	75.8	312.1
세종	3.3	2.7	2.7	3.1	1.9	2.3	0.0	0.0	4.9	17.8
경기	72.7	158.1	74.1	193.5	74.1	196.4	75.0	205.0	75.7	219.5
강원	93.3	231.6	95.0	250.1	97.0	260.7	99.2	271.8	101.0	302.0
충북	68.0	162.3	69.2	174.2	67.6	175.6	69.0	183.0	69.5	206.6
충남	57.0	132.6	59.7	151.2	59.9	148.6	59.8	150.2	60.7	177.3

	2015		2016		2017		2018		2019	
	의사	간호사	의사	간호사	의사	간호사	의사	간호사	의사	간호사
전북	84.8	208.5	86.0	238.0	87.8	248.0	88.4	264.0	90.7	279.3
전남	71.7	255.9	74.9	275.7	73.5	266.2	73.8	283.0	75.2	307.7
경북	50.9	173.9	52.3	198.1	52.4	202.1	53.3	204.3	53.5	227.2
경남	73.1	210.1	78.6	251.9	77.2	252.0	78.3	263.8	80.4	291.0
제주	84.7	260.2	81.4	270.4	81.4	273.9	80.3	279.0	82.4	294.7

* 출처: 통계청, 2020.

시군구 지역의 의사 및 간호사 격차는 시도보다 훨씬 크다. 구 지역은 군 지역에 비해 3배 이상 의사 수가 많고, 간호사는 5배 이상 많다. 더욱이 시간이 갈수록 그 격차가 커지고 있다. 물론, 구 지역 내에서의 격차도 매우 크다.

〈표 3〉 시군구 중진료권 지역의 연도별 10만 명당 의사 및 간호사 수

(단위: 인구 10만 명당 명)

		2015		2016		2017		2018		2019	
		의사	간호사	의사	간호사	의사	간호사	의사	간호사	의사	간호사
구	최대	1341.9	2227.4	1352.4	2780.3	1365.9	2906.7	1358.9	3008.1	1285.1	3350.1
	중위	79.3	225.3	81.8	258.6	85.2	273.5	89.6	286.8	90.7	317.5
	최소	4.1	18.1	3.9	18.4	5.0	20.9	6.4	23.2	6.1	18.4
시	최대	161.1	491.0	163.9	511.6	164.3	525.7	170.7	540.5	175.0	591.8
	중위	42.8	133.8	44.3	152.3	45.0	146.9	47.2	158.1	47.1	159.6
	최소	2.8	2.4	2.5	2.9	1.9	2.3	10.6	18.9	0.0	13.7
군	최대	341.7	826.1	408.9	833.0	427.6	836.7	425.4	904.1	428.6	1144.9
	중위	24.1	55.6	23.8	50.8	24.1	50.4	27.4	65.6	25.4	60.1
	최소	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.3	9.3	0.0	0.0
중진료권	최대	259.5	453.4	255.5	528.3	246.7	540.5	244.5	564.6	253.2	625.1
	중위	68.0	183.0	67.8	210.9	70.0	225.9	70.5	213.4	71.8	246.5
	최소	2.8	2.4	2.5	2.9	1.9	2.3	19.3	47.6	5.1	18.5

2) 공공보건의료 인프라의 부족

2019년 12월 말 기준으로 공공의료기관은 총 221개소가 존재한다. 국립중앙의료원

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

1개소, 국립대학병원 및 분원 23개소, 지방의료원 및 분원 36개소 등 일반진료 중심의 공공병원이 63개소 존재하고, 국립암센터 1개소, 국립결핵병원 2개소, 국립정신병원 5개소 등 특수 질환 중심의 공공병원이 39개소 존재하며, 경찰병원, 국군병원 등 특수 대상 중심의 공공병원이 36개소, 시/도립 노인병원이 83개소 존재한다. 공중보건기관은 보건의료원을 포함한 보건소, 보건지소, 보건진료소가 2019년을 기준으로 3,564개소가 존재한다. 전체 병원급 이상 보건의료기관에서 차지하는 공공보건의료기관의 비중을 살펴보면, 2019년 12월 말 기준으로 기관 수로는 5.5%, 병상 수로는 9.6%에 불과한 실정이다(통계청, 2020).

만약 민간의료기관 중 공공적 역할을 수행하는 병원이 존재한다면 공공의료기관의 비중이 낮다고 하더라도 공공의료의 역할을 충분히 수행할 수도 있겠지만, 실제로 민간의료기관 중 공공적 역할을 수행하는 기관이 극히 드물다는 점에서 문제의 심각성이 크다. 일부 사립대학병원을 중심으로 외상, 심뇌혈관질환, 암 등 국가에서 지정하는 권역별 센터를 운영하거나 정부가 추진하는 공공보건의료사업에 참여하고 있지만, 기관 차원에서 공공적인 거버넌스 체계가 구축되어 있지 않고 여전히 사익추구적인 경향을 강하게 띠고 있다. 그나마 대학병원은 재정 투입을 포함한 정부 정책 등을 통하여 공공적 역할을 유도하기 위한 노력이 이루어지고 있으나, 지역거점 역할을 수행해야 할 일정 규모 이상의 종합병원은 사정이 더 좋지 않다. 지역거점 역할을 유도하기 위한 정부 차원의 노력이 이루어진 바가 없고 특별한 정책 수단도 없는 상황에서 대다수 종합병원은 수익성 위주의 진료서비스 제공에 집중하고 있다. 병원급 의료기관은 그러한 경향이 더 심하다.

일부 전문 병원을 제외하면 충분한 시설 및 인력을 갖추지 못해 적정 질을 확보하지 못하면서도 경쟁적 의료환경에서 살아남기 위한 비정상적인 진료 행위가 만연해 있다(김명희 등, 2010). 또한, 정작 사회 전체적으로 필요도가 높은 재활병원은 늘어나지 않고 요양병

원만 급속하게 증가하여 보건의료 전반의 효율성을 약화시키고 있다.

OECD 국가들과 공공병상의 비중을 비교해 보면, 2018년 우리나라의 공공병상 비중은 10.0%로 대다수 국가들이 70% 이상인 것과 비교하여 매우 낮은 수준이다. 보건의료의 사유화 경향이 강한 미국도 공공병상 비중이 2017년 기준으로 21.5%이고, 우리와 유사한 보건의료 환경을 갖고 있는 일본조차도 2018년 기준으로 27.2%에 이르는 것을 보더라도 한국이 매우 낮은 수준이라 할 수 있다(OECD, 2020).

〈표 4〉 OECD 국가의 공공병상 비중

(단위: %)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
호주	69.5	69.5	69.2	68.4	67.7	67.8	67.1	66.6		
오스트리아	71.5	70.9	70.4	69.7	69.5	69.2	69.2	69.3	69.8	69.5
벨기에	28.9	27.2	27.2	27.1	27.2	26.8	26.2	26.0	25.8	25.9
캐나다	99.3	99.4	99.4	99.4	99.3	99.3	99.3	99.3	99.3	99.3
칠레	78.9	80.6	72.5	76.2	75.4	75.9	74.2	74.0	73.8	76.3
체코	88.0	85.9	85.5	85.3	85.2	85.1	85.1	85.0	84.9	84.7
덴마크	94.9	95.5	94.0		94.6	93.8	93.3	93.6	93.7	93.5
에스토니아	90.2	90.0	89.3	88.0	91.5	92.8	92.6	92.5	92.5	92.3
핀란드	96.0	95.6	95.1	95.4	95.8	96.2	94.5	95.3	95.5	94.8
프랑스	63.7	62.5	62.4	62.2	62.2	62.4	62.1	61.9	61.6	61.5
독일	40.7	40.6	40.6	40.4	40.7	40.7	40.8	40.5	40.7	-
그리스	69.7	68.8	67.2	66.8	65.2	65.3	65.0	65.2	65.2	65.6
헝가리	96.9	96.8	96.9							
아이슬란드	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
이스라엘	71.2	71.1	70.2	70.6	70.1	70.4	70.2	70.1	67.9	67.9
이탈리아	68.2	68.4	68.4	68.5	68.0	67.5	67.6	67.1	66.7	66.6
일본	26.5	26.4	26.3	26.3	26.2	27.2	27.2	27.1	27.2	27.2
한국		13.0	12.4	11.7	10.8	10.7	10.4	10.3	10.2	10.0
라트비아	94.0	93.6	91.3	91.1	90.8	90.2	90.1	90.0	89.9	89.9
리투아니아	99.5	99.2	99.5	99.0	98.9	99.4	99.1	99.2	99.2	99.0
멕시코	69.7	70.8	71.1	71.3	71.7	72.3	72.1	72.5	72.4	72.7
뉴질랜드	81.4	83.2	83.7	83.9	83.7	84.6	84.4	85.5	85.3	84.4
노르웨이	77.1	76.9	79.0	78.6	77.6	76.7	76.6	76.3	76.0	76.0

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
폴란드	78.7	75.6	73.2	.	.	.	.	.	80.5	80.1
포르투갈	73.2	73.1	72.5	72.0	70.5	70.1	68.9	68.7	68.8	68.1
슬로베니아	.	98.9	98.9	98.9	98.9	98.9	98.9	98.9	98.9	98.9
스페인	66.5	68.7	68.6	69.0	68.7	68.6	68.7	68.6	68.6	68.2
터키	84.8	84.2	82.1	80.5	79.5	78.7	77.3	76.7	76.3	76.4
영국	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
미국	24.9	24.5	23.6	23.1	22.7	22.5	22.7	22.1	21.5	.

* 출처: OECD, 2020.

이렇듯 선진외국과 비교하여 우리나라 공공의료기관은 양적으로 매우 부족하다. 이와 더불어 공공의료기관의 경우 취약계층 비율이 높거나 공공보건의료사업에 적극 참여하고 있는 점을 제외하면 국립대학교병원 등 상당수의 공공의료기관이 민간 의료기관과 진료 행태 측면에서 크게 다르지 않다(임준 등, 2019). 또한, 공공의료기관 간에 전달체계가 구축되어 있지 않아서 사익추구적 보건의료체계를 공공적으로 견인하는 데에 충분한 역량을 발휘하지 못하고 있다.

보건소 등과 같은 공중보건기관을 살펴보면, 공중보건의 특성상 공중보건의 업무를 정부 등 공공부문에서 담당해야 한다는 당위성과 공공의료기관을 포함한 대다수 의료기관에서 공중보건의 역할을 거의 수행하지 않고 있다는 점 등이 더해져서 인구 집단 전체의 예방 및 건강증진 업무 대부분을 보건소 등 공중보건기관에서 담당하고 있다. 그런데, 현재 공중보건체계 및 공중보건기관은 과거 감염성질환의 예방 관리 및 모자보건사업 등 특화된 정부정책을 수행하기 위한 조직체계이고, 대부분 시군구에 위치한 보건소 조직이 전부라서 실제 만성질환 중심의 질병구조 변화, 건강증진의 필요성 증대 및 건강에 대한 시민적 권리의식의 성장이라는 시대적 변화를 담지하기 어려운 구조를 갖고 있다.

즉, 인구 집단 전체를 대상으로 한 예방 및 건강증진을 가능케 하는 실행 단위를 갖추지 못하고 있다. 인구 집단 전체의 만성질환 예방 및 건강증진을 지원하고 관리하기 위해

서는 마을 단위, 생활터 단위에서 건강안전망 역할을 수행할 수 있는 조직이 필요하다.

이러한 문제의식 속에서 참여정부에서 도시보건지소 설치가 제기되어 왔으나 예산 및 인력 문제가 해결되지 않아서 제대로 확충되지 못하였다. 지금은 유사한 문제의식의 건강생활지원센터 설치로 이어지고 있으나 그것마저도 별반 확충이 이루어지지 못한 채 현 상황에 이르고 있다. 이렇듯 시군구에 설치 운영되어 있는 보건소 조직으로는 지역사회 요구를 반영하기 어렵고 과거부터 수행해온 진단 및 기획 업무, 규제 및 행정 업무, 인구 집단 대상으로 한 캠페인 및 홍보 활동, 일부 보건소 인근 주민 대상의 내소자 사업 등에 국한될 수밖에 없고 관할 인구 집단의 생활터 기반의 요구에 대응한 건강지원서비스 등을 제공하기 어렵다. 또한, 예방 및 건강증진활동은 병원 등과 같은 시설 중심이 아니라 읍면동 단위에서 활동하는 공중보건인력에 의해 주도적으로 이루어진다는 점에서 현행 공중보건체계로 지역사회 요구를 반영한 건강안전망 역할을 수행하기가 쉽지 않은 것이 현실이다. 특히, 일차의료기관이 예방 서비스를 제공하지 않는 치료 중심의 의료체계로 인하여 보건소에 과부하가 걸려 있는 상황에서 좀 더 근본적인 변화가 요구된다.

나. 지역의 건강불평등 심화

앞 장에서 다룬 바와 같이 사익추구적 보건의료체계 하에서 자원의 불균등 분포가 커질 수밖에 없는데, 자원의 불균등 분포는 의료이용의 불평등으로 이어지고 건강수준의 격차로 연결될 수 있다. 건강수준의 격차가 반드시 보건의료자원 및 의료이용의 차이로 인하여 발생한다고 할 수는 없지만, 응급, 외상, 심뇌혈관질환과 같은 필수중증의료의 경우는 직접적으로 건강결과에 영향을 미칠 수 있다는 점에서 실제 지역 간 건강불평등 현황을 살펴보고, 지역 간 자원의 격차에 기인한지를 파악할 필요가 있다.

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

1997년 IMF 위기와 2008년 글로벌 금융위기를 겪으면서 건강불평등에 대한 사회적 관심이 증대되었다. 건강불평등에 관한 연구가 1997년과 2008년을 기준으로 양적인 증가를 보이고 있는 것도 이와 무관하지 않다(강영호, 김혜련, 2006; 김명희, 전경자, 서상희, 2007). 그러나 이러한 관심의 증가에도 불구하고 우리 사회의 건강불평등 문제는 여전히 해결의 실마리를 찾지 못하고 있다. 특히, 지역 간 건강불평등 문제는 지역소멸과 맞물려 한국 사회의 중요한 화두가 되고 있다. 2018년 기준으로 시도의 인구 10만 명당 표준화사망률을 보면, 서울, 경기 등 수도권이 낮고, 비수도권이 전반적으로 높다. 사망률이 높은 울산과 경남을 서울과 비교해보면, 울산은 서울보다 건강수준이 좋지 않아서 매년 700명 이상의 초과 사망이 발생하고 있고, 경남은 2,000명 이상의 초과 사망이 발생하고 있다. 연도별로 보더라도 시도별 격차는 줄어들지 않고 있고, 오히려 최근 들어 증가하는 양상을 보이고 있다(통계청, 2020).

〈표 5〉 시도의 연도별 인구 10만 명 당 표준화사망률

(단위: 인구 10만 명당 명)

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
서울	527.0	435.7	357.3	344.8	339.7	328.3	314.3	306.6	298.4	280.7	283.3
부산	646.3	548.1	454.7	433.6	429.7	401.0	383.8	375.1	362.9	350.0	350.8
인천	627.0	518.5	429.2	420.0	397.4	382.0	365.8	360.5	354.6	339.2	332.7
대구	617.0	515.4	422.0	413.9	401.3	382.0	371.5	351.6	348.8	332.9	339.4
광주	588.6	495.6	429.0	411.1	407.2	387.4	371.2	375.4	349.9	346.3	338.0
대전	600.8	477.4	406.9	389.2	382.0	363.6	341.0	346.4	329.4	315.3	316.2
울산	659.8	549.2	446.5	435.7	422.4	424.3	387.7	383.9	366.9	343.9	355.3
세종					437.6	404.3	379.8	360.4	343.0	321.6	318.2
경기	605.5	487.3	398.0	380.5	376.7	356.3	339.5	328.7	321.8	310.1	306.8
강원	671.1	549.4	456.6	429.1	429.6	402.2	391.0	379.7	368.8	353.1	347.9
충북	690.9	550.4	446.3	442.8	432.0	409.2	383.6	381.8	372.5	359.7	352.6
충남	679.2	533.5	431.3	409.7	406.7	384.6	376.4	362.5	347.1	348.9	344.3
전북	660.9	530.7	435.3	416.2	412.8	387.9	374.3	359.5	350.1	341.7	330.0
전남	697.0	546.2	454.2	435.3	436.0	410.9	386.7	380.1	366.1	353.3	348.3
경북	686.5	549.0	452.6	438.0	424.7	399.2	380.4	377.7	360.0	348.9	348.5

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
경남	710.0	566.0	451.1	432.3	424.6	397.6	384.6	381.8	364.4	350.2	349.7
제주	583.2	472.6	390.1	372.6	383.3	370.6	348.6	331.4	331.5	327.8	326.1

* 출처: 통계청, 2020.

시도와 달리 시군구 간 사망률의 격차는 빠르게 줄어들고 있다. 이렇게 표준화사망률이 줄어드는 데는 암 사망률의 격차 감소가 크게 기여한 것으로 보인다. 그렇지만, 시군구 지역 내 사망률의 격차는 그 정도로 줄어들지 않고 있다. 특히, 구와 시 지역 내 사망률 격차가 크다. 결국 지역 간 건강 격차는 수도권과 비수도권, 광역시와 광역도 간의 차이뿐 아니라 대도시 내의 격차 증가를 내포하고 있다. 특히, 빠른 이송과 적정한 치료 인프라를 갖추어야 줄일 수 있는 허혈성심장질환 사망률의 격차는 줄어들지 않고 있다(통계청, 2020).

〈표 6〉 시군구의 연도별 10만 명당 표준화사망률

(단위: 10만 명당 명)

		2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
구	최대	751.3	604.4	532.7	493.6	502.9	471.1	452.9	446.7	427.3	405.4	397.0
	중위	592.0	500.4	420.5	402.5	397.0	375.3	359.2	351.8	342.2	330.0	330.8
	최소	427.6	342.1	274.8	254.5	257.1	255.1	242.2	236.1	238.0	227.4	223.2
시	최대	813.0	688.2	552.6	580.2	538.2	451.4	464.8	432.4	426.4	416.6	414.9
	중위	674.5	541.8	440.8	419.2	416.5	395.0	379.8	362.1	354.1	346.9	341.2
	최소	437.0	354.4	278.3	253.3	275.1	231.0	246.9	253.3	236.5	243.5	247.6
군	최대	887.0	667.9	549.2	537.6	540.5	520.7	477.3	501.7	470.9	425.8	417.1
	중위	734.3	578.2	477.1	456.4	452.0	417.5	402.9	396.7	380.1	363.1	358.1
	최소	613.5	408.1	391.4	357.4	292.6	288.0	339.2	299.1	269.7	281.9	304.9

* 출처: 통계청, 2020.

응급, 외상, 심뇌혈관질환으로 인한 사망과 같이 보건의료 인프라의 부족으로 인하여 발생하는 사망, 즉 치료가능사망률(Treatable Mortality Rate)의 격차는 줄지 않고 있다(통계청, 2020). 최소 15만 명 이상의 배후 인구를 유지하면서 의료이용 양상이 유사한 시군구 지역을 묶어 70개 중진료권으로 구성한 후 치료가능사망률을 분석해보면 그 격차가 오히려

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

증가하고 있다. OECD에서 정의하는 치료가능사망률의 범주에 암 질환이 포함되어 있고 암 질환의 경우 빠르게 격차가 줄어들고 있음을 감안할 때 빠른 이송과 적정한 치료가 중요한 응급질환에 의한 사망률의 격차는 훨씬 더 커지고 있음을 유추해 볼 수 있다.

중진료권별로 입원사망비를 분석해보더라도 그 격차가 매우 크다는 것을 알 수 있다.

입원사망비는 해당 진료권에 충분한 인력과 시설을 갖춘 양질의 종합병원이 부족한 지역일수록 입원사망비가 높다(김윤 등, 2018; 임준 등, 2019). 사망률이 높은 지역을 보면 대부분 비수도권의 농어촌 지역이다. 사익추구적 보건의료체계에서 구매력이 높은 수도권 및 도시 지역으로 자원이 집중되는 가운데 필요의 정도는 높지만 인구 수 등 구매력이 높지 않은 비수도권과 농어촌 지역의 인프라가 극히 취약하여 건강 격차가 발생한 것으로 보인다.

지역 간 건강불평등은 만성질환 유병률에서도 나타나는데, 국민건강영양조사 자료에 근거하여 고혈압, 당뇨병, 고지혈증의 동 지역과 읍면 지역 간 유병률 차이를 분석해 보면, 읍면 지역의 유병률이 동 지역에 비해 높을뿐 아니라 그 차이가 지속적으로 증가하는 양상을 보이고 있다. 지역 간 건강불평등은 건강행태 측면에서도 일관되게 나타나고 있다. 지역사회건강조사를 통해 시도별 표준화 흡연율을 살펴보면 수도권이 낮고 비수도권의 도 지역이 높은 것을 확인할 수 있고 그 격차가 줄어들지 않고 있다. 시군구의 흡연율 중위 지역을 비교해 보더라도 구 지역이 높고 군 지역이 높게 나올 뿐 아니라 그 격차가 줄어들지 않고 있다. 지역을 더 좁혀서 동 지역과 읍면 지역을 비교해보더라도 동지역이 읍면 지역에 비해 흡연율이 낮고 그 격차가 증가하는 경향을 보이고 있다. 건강행태에서 지역 간 격차는 흡연율에서만 나타나는 것이 아니라 고위험음주율과 걷기실천율에서도 일관되게 나타나고 있다(통계청, 2020).

이처럼 건강불평등 문제가 해소되지 않고 지속되거나 악화하는 데에는 시장의 구매

력에 따라 자원이 분포되는 사익추구적 보건의료체계와 무관하지 않다. 자원 분포의 불균형이 필수중증의료 이용의 격차로 이어지고 치료가능사망률 등과 같은 건강 수준의 차이로 연결되고 있다. 문재인 케어로 대표되는 건강보험 보장성 강화가 추진되고 있음에도 건강불평등 문제가 해소되지 않는 것은 재원조달에 초점이 맞추어진 보건의료 공공성담론의 전환이 필요하다는 것을 의미한다. 현재와 같은 사익추구적인 공급체계에 대한 공공적 개편이 요구된다고 하겠다.

4. 보건의료 공공성 담론의 전환과 개혁 방향

가. 보건의료 공공성 담론의 전환

일반적으로 보건의료는 다른 재화나 서비스와 달리 시장 원리가 원활하게 작동하지 않아서 시장실패가 발생할 가능성이 큰 영역으로 알려져 있다. 보건의료에서 시장실패가 발생하는 원인은 경쟁의 불완전성, 공공재적인 재화의 성격, 외부 효과, 수요예측의 불확실성, 정보의 비대칭성 등 보건의료의 특성과 관련이 있기 때문이다(양봉민, 김진현, 이태진, 배은영, 2015). 이러한 특성들 때문에 보건의료서비스를 이용하는 사람들은 자신의 정확한 필요를 알기 어렵다. 보건의료공급자에 대한 소비자주권이 성립하기 어려운 이유가 여기에 있다. 따라서 보건의료는 공공적 규제나 조정을 통해 자원의 배분이 이루어지는 것이 당연하게 받아들여지고 보건의료의 공공성 강화를 위한 정부의 개입이 중요하게 다루어지는 영역으로 이해되었다(신영수 등, 2017).

그러나 이러한 시장실패에 대한 공공적 개입도 한국에서는 최소한의 개념으로 다루어졌다. 지금까지 주로 한국에서 통용된 보건의료의 공공성 개념은 기본적으로 보건의료

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

의 수요와 공급을 시장에서 해결하고 시장실패가 발생하는 일부의 보건의료서비스의 공급 문제만 국가가 공공보건의료기관 등을 통해서 해결한다는 것을 의미하였고, 이러한 협소한 의미로 공공보건의료 개념이 사용되어 왔다. 보편적 의미의 의료의 공공성 담론은 주로 건강보험제도와 같은 재원조달에 국한하여 사용되었다. 따라서 공공보건의료의 개념은 보편적 의미의 의료의 공공성 개념으로 다루어지기보다는 민간과 시장 원리로 작동하는 사익추구적 보건의료체계에서 발생하는 주요한 시장실패 영역인 취약계층과 취약 지역에 대한 잔여적 시각으로 다루어졌다.

그런데, 보건의료의 경제학적 측면을 넘어서서 사회적 총체로서 보건의료의 가치를 살펴보면, 보건의료는 사회 전체에 관한 공통의 관심사로서 규범적 의미의 공공성을 갖는다(윤수재, 이민호, 채종헌, 2008). 이미 서구에서는 오래전부터 건강할 권리를 누구나 누려야 할 보편적 권리로 인정하고 있다. 그중에서 보건의료의 접근권에 해당하는 권리는 당연하게 국가가 보장해야 할 의무이고, 한 사회 구성원이라면 누구나 사회적으로 감당할 수준에 해당하는 적정 수준의 보건의료서비스에 대해서는 물리적 경제적 장벽 없이 접근 가능해야 한다는 원칙을 갖고 있다. 그리고 이러한 원칙에 입각하여 의료보장제도와 공공보건의료체계를 구축하고 있다. 1948년 유엔의 사회권 선언에도 이러한 건강권이 핵심적인 가치로 다루어져 있고, 국제노동기구도 건강권을 모든 회원국이 보장해야 할 사회적 권리로 다루고 있다. 1978년 세계보건기구의 알마아타 선언에서 제창된 'Health for All'도 건강권의 가치를 기본 이념으로 하고 있다(WHO, 2020). 이렇든 서구복지국가는 보건의료에 대한 보편적 권리를 보건의료의 공공성 담론의 핵심적 요소로 인정하고 있고, 보건의료의 공공성을 재정적 측면뿐만 아니라 공급체계까지 확장하여 사용하고 있다.

물론, 보건의료가 공공성을 갖는다고 하더라도 보건의료 전체를 공공의 범주에 포함

시키는 데에는 무리가 따른다. 미용 목적의 성형과 같은 재화를 사회 전체의 공통의 관심사로 보기 어려울 것이다. 이러한 관점에서 보건의료 전체를 공공의 영역으로 규정하지 않고, 공공성이 강한 부분을 공공보건의료의 영역으로 규정할 수 있다. 특히, 보건의료서비스의 공급에 있어서 시장의 지배력이 큰 한국의 경우는 전체를 공공보건의료의 규정하기보다는 권리 측면이 강한 필수보건의료서비스를 공공보건의료 영역에 포함하고 그 범위를 확장해나갈 필요가 있을 것이다. 이에 보건복지부는 2018년 10월 공공보건의료발전종합대책에서 응급/외상/중환자, 심뇌혈관질환, 감염, 산모와 신생아, 지역사회건강관리 등 국민의 생명과 안전에 관한 필수보건의료를 공공보건의료 영역으로 규정하였다(보건복지부, 2018).

이때 공공보건의료는 관리운영 측면이 아닌 기능 측면과 거버넌스 측면에서 정의된다. 정부가 관리운영의 주체인 공공병원에 한정하지 않더라도 민간병원이 국민의 생명과 안전에 관한 필수의료를 제공하고 거버넌스 측면에서 공익적이라면 공공보건의료의 범주에 포함할 수 있다. 당연하게 공공보건의료의 역할을 취약계층 또는 민간이 다루지 않는 미충족 영역에 국한하지 않고 전체 인구집단의 보편적인 필수의료서비스를 보장하는 것으로 확장한다. 물론 이러한 기능과 역할의 확장을 위해서 기존 공공의료기관의 강화가 전제되어야 한다. 사익추구적 성격이 강한 민간의료기관이 진료권 내에서 전체 지역 주민의 필수의료 보장을 위한 공익적 역할을 수행하려면 재정적 지원도 필요하겠지만 이를 선도하고 견제와 조정 역할을 담당할 공공병원의 역할 강화가 필연적으로 요구될 수밖에 없다(보건복지부, 2018).

그런데, 건강은 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태를 의미하는 포괄적인 개념인 반면, 보건의료는 의사, 약사, 간호사 등의 보건의료전문가들에 의해 제공되는 서비스에 주

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

로 적용되는 개념이다. 보건의료는 건강이라는 목표를 달성하기 위한 수단 또는 하부 구성요소 중 하나라고 할 수 있다. 따라서 보건의료서비스가 완벽하게 제공된다고 해서 건강문제가 해결되지 않고, 사회경제적 위치에 따라 차이가 발생하게 된다(Adler and Ostrove, 1999; Cohen, Farley and Mason, 2003; Kawachi, Lennedy, Lochner and Prothrow-Stith, 1997; Kennedy, Kawachi and Prothrow-Stith, 1996; Robert, 1999; Wilkinson, 1992). 전체 국민의 건강 수준 향상이 단지 보건의료서비스 정책만으로 해결될 수 없다(Dahlgren and Whitehead, 1991). 건강보장이 의료서비스에 집중될 경우 질병 예방과 건강증진, 그리고 재활 영역이 간과되는 결과를 초래하게 된다. 따라서 보건의료의 공공성 담론은 필수보건의료의 보편적 보장이라는 관점을 견지하면서 이를 한 단계 뛰어넘어 건강보장의 패러다임에 근거하여 추진될 필요가 있다.

또한, 보건의료의 공공성 담론은 시설 중심성을 탈피한 지역사회 중심성에 기초하여 추진해야 한다. 시설 중심의 보건의료는 의료전문가들에 대한 의존성을 벗어나기 어렵고, 구조적으로 주민이 건강에 대한 통제력을 강화하기 어렵다. 일차보건의료와 지역사회는 주민이 일상적인 삶 속에서 건강을 유지하고 건강한 활동을 실천할 수 있는 단위이자 공간으로서 의미를 담고 있다(Wills and Naidoo, 2019). 특히, 초고령사회에서 시설 중심의 보건의료는 더 이상의 실효성을 찾기 어려운 방안이다. 지역사회 중심성에 기초할 경우 보건의료 개혁은 중앙집권적인 방식보다 지방분권적인 방식으로 추진하는 것이 바람직하다. 건강보장은 주민들의 지역 공동체 활동을 강화하는 수단인 동시에 지역 공동체 활동의 주요한 목표가 되어야 한다.

다음으로 보건의료의 공공성 담론은 보건의료전문가 중심성에서 탈피하여 사람 중심성, 사회구성원 중심성을 담고 있어야 한다. 건강의 주체로서 시민 또는 주민의 능동적

역할을 중요시 여기면서 건강에 영향을 미치는 보건의료체계 외부의 구조적 요인들이 더욱 중요하게 다루어져야 한다. 사회경제적 불평등, 빈곤, 불평등한 교육기회, 고용 불안정, 실업, 열악한 주거환경, 불건강한 행동, 의료이용의 불평등과 같은 건강의 결정요인을 해결하는 것에 주목할 필요가 있다.

마지막으로, 보건의료의 공공성 담론은 잔여적 시각에서 비례적 보편주의 시각으로 보건의료 패러다임 전환을 전제해야 한다. 보편적인 접근을 보장하면서도 건강할 기회를 구조적으로 박탈당하고 있는 노동자, 농민, 서민들의 건강 수준을 끌어올리는 것이 가장 우선적인 달성 과제로 설정되어야 한다. 모든 사람의 건강한 삶을 실현하기 위해서는 모든 사람에게 균등하게 자원을 배분할 것이 아니라, 건강 수준이 낮은 계층에게 지금보다 더 많은 자원이 투입될 필요가 있다.

나. 보건의료 개혁의 방향

1) 건강보장 실현을 목적으로 한 보건의료 개혁의 가치체계

건강보장의 목적은 모든 사회구성원이 평등하게 육체적, 정신적, 사회적으로 더 나은 건강한 삶을 누리는 것이다(김창엽, 2018). 이러한 목적에 비추어볼 때 건강보장에서 핵심적 문제는 모든 국민이 건강한 삶을 공평하게 누리지 못하고 있다는 점에 있다. 특히 차별이 중층화 되어 있는 사회경제 구조하에서 노동자, 농민 등 서민들은 다른 계층과 비교해서 더 불건강하다(강영호, 김혜련, 2006; 김동진 등, 2017; 김명희, 2019; 이미숙, 2007; 정혜주, Muntaner, 2011; Kang, 2006; Song and Byeon, 2000). 또한, 지역 간에도 건강 격차가 매우 크다(고수정, 2010; 한국건강형평성학회, 2018). 국민 모두를 더 나은 건강 수준으로 끌어올리기 위해서는 불건강한 상태에 있는 서민들의 건강 수준을 올리고, 불건강한 상태에 있는 지역의 건강 수

준을 올리는 것이 무엇보다도 중요하다.

건강보장은 인권에 기초한 평등주의, 사회적 연대에 기초한 보편주의를 핵심 가치로 두어야 한다. 모든 국민은 사회경제적 조건과 무관하게 자신이 누릴 수 있는 최고의 건강 수준을 유지할 권리가 있다. 이때 보건의료서비스의 평등한 이용이라는 소극적 건강권에서 벗어나 실제로 건강한 삶을 살아갈 수 있는 적극적인 건강권의 보장을 지향해야 한다. 당연하게 보건의료전문가에게 위탁되어 왔던 건강권을 전체 사회구성원의 품으로 되돌려 놓아야 한다. 건강은 보건의료전문가의 전유물이 될 수 없다. 이주노동자, 유학생, 난민 등 국민의 범주에 들어있지 않더라도 사회구성원이라면 누구나 동등한 권리를 가져야 하고, 그것은 건강에서도 예외가 될 수 없다. 또한, 건강 수준을 평등하게 만든다는 것은 사회경제적 요인, 환경적 요인 등 건강의 결정요인에 대한 평등하고 포괄적인 접근이 보장된다는 것을 의미한다. 따라서 사회가 건강 문제를 가장 우선적 가치로 삼고, 건강을 둘러싼 차별적인 제도, 문화, 인프라의 문제를 근본적으로 개선해나가야 한다.

2) 의료보장체계의 개혁 과제

그동안 지속적인 건강보험 보장성 확대에도 불구하고 건강보험 보장률은 최근 10년간 60% 대에서 정체되어 있었다. 또한, 의료비가 소득수준의 40%를 상회하는 재난적 의료비의 발생률이 증가하였다. 이에 2022년까지 건강보험 보장률을 70%까지 높여 병원비 걱정 없는 나라를 만들겠다는 문재인 케어가 발표되었다. 문재인 케어 이전의 건강보험 보장성 강화 정책은 비급여의 점진적 축소를 목적으로 하였다. 그러나 열거주의 방식의 급여 목록이 유지되는 한 비급여 축소가 현실화되기 어려웠다. 따라서 문재인 케어는 건강보험 보장성 강화 정책의 목표를 의학적으로 필요한 비급여를 완전히 해소하는 데에 두고 있다. 문재인 케어의 발표 이후 2018년 1월부터 선택 진료비가 전면 폐지되었고, MRI, 초음파와

같은 비급여 항목을 급여화 하는 등 보장성 강화 정책이 단계적으로 시행 중에 있다(김영삼, 2018; 신현웅, 2018).

그렇지만, 국민건강보험공단에서 제시한 연구 결과를 보면 2018년 건강보험 보장률이 63.8%로 전년대비 1.1%p 증가한 것에 머물렀다. 종합병원급 이상의 보장률은 어느 정도 개선되었지만, 병원급 이하의 보장률은 크게 개선되지 못하였고 의원급의 경우는 오히려 보장률이 떨어진 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2019b). 정부의 지속적인 비급여 관리 노력과 정책적 의지로 건강보험의 보장률이 개선되고 있는 것은 사실이지만, 그동안 건강보험의 보장성 강화 정책이 중증질환 위주로 이루어져서 병·의원급의 보장률이 정체된 것으로 보인다.

단기적으로는 건강보험의 보장성 강화와 민간의료보험법 등과 같은 제도의 합리적 정비가 이루어져야 한다. 먼저, GDP 대비 의료비 비중을 10% 내외로 유지한다는 조건 속에서 예비급여도 본인부담상한제도에 포함함으로써 실질적인 무상의료(Free Healthcare)를 달성할 수 있도록 보장성 강화가 획기적으로 추진되어야 한다. 건강보험 보장률이 획기적으로 개선되었을 때에 정부 정책이 미칠 수 있는 범위가 확대되어 공급자에 대한 견제 기능이 강화될 수 있고, 의료비의 적정화도 가능해질 수 있다. 또한, 공급자 행태가 투명해질 것이고 전문가의 자율적인 규제도 촉진할 수 있을 것이다.

다음으로, 민간의료보험법을 제정하여 실손보험 등 민간의료보험 가입자의 권리를 강화하고 건강보험의 보장성과 정책목표를 침해하지 않는 선에서 운영될 수 있는 제도적 환경을 조성함으로써 민간의료보험의 공적 성격을 강화해야 한다. 특히, 실손형 민간의료보험은 건강보험 급여의 본인부담을 보장해주고 있어서 본인부담을 통한 의료이용의 합리성을 높이려는 정부의 정책 수단을 무력화시키고, 의료비를 불필요하게 증가시키며, 민간

국가인권위원회
humanrights.go.kr

의료보험의 구매 여부에 따라 의료이용의 접근성에 있어서 큰 차이를 발생시켜 불형평성을 확대하는 기전으로 작용한다. 따라서 국민의 경제적 부담을 가중시키고, 국민건강의 불형평성을 심화시키며, 건강보험의 보장성 강화에 걸림돌로 작용하는 실손형 민간의료보험의 규제를 강화해야 한다(김종명, 2012).

중기적으로는 상병수당제도의 도입과 관리운영체계의 개혁이 적극 모색되어야 한다. 코로나19 등 질병으로 인한 소득 상실에 직면할 때에 개인과 가계, 그리고 사회 전체적으로 심각한 위협으로 작용하고 있다. 상병수당제도가 없어서 상당수 국민들은 민간의료보험과 같은 사적 방식으로 문제를 해결하고 있다. 그 과정에서 민간의료보험에 가입한 계층과 그렇지 못한 계층 간에 심각한 불평등 문제가 발생하고 있다(임준, 김종명, 2015). 또한, 소득 상실을 보장할 제도적 장치가 없는 상황에서 급성기 치료 이후 받아야 할 재활서비스를 중단하고 다시 경제활동을 이어갈 가능성이 커지게 된다. 그 과정에서 건강 악화가 발생할 가능성이 크고 결국 질병이 악화되어 더 많은 의료비가 발생할 가능성이 크다(김명희 등, 2010). 코로나19와 같은 공중보건 위기 대응에서도 아프면 일하지 않고 쉴 수 있는 상병수당제도가 필수적으로 도입되어야 한다. 상병수당제도가 제도화되기 이전에라도 유급병가제도 도입 및 재난적의료비지원사업의 확대 등을 통하여 코로나19 등과 같이 질병으로 소득 상실이 발생한 주민들에 대한 사회안전망이 확보되어야 한다(임준, 2020).

의료보장체계의 개혁을 위해서는 관리운영체계의 개혁이 함께 이루어질 필요가 있다. 건강보장을 사회구성원이 누려야 할 보편적 권리라 할 때 소득, 발생원인 등에 따라 자격과 급여 수준 등에 차이를 두는 현행 제도의 틀은 바뀌어야 한다. 일차적으로 의료급여제도와 건강보험제도를 통합하고, 건강보험제도와 산재보험 요양제도의 통합을 단계적으로 추진하여 완전하고 단일한 건강보장기구를 설립하는 방향을 고려할 필요가 있다.

또한, 건강보험에 우선 상병수당 제도를 도입하고, 산재보험의 휴업급여제도와 단계적으로 통합하여 건강보장기구와 별도의 보편적인 상병수당 제도를 도입하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 건강보험공단은 건강보장기구로 전환하고, 근로복지공단은 상병수당 제도를 전담하는 기구로 전환하는 방안도 생각해볼 수 있다.

이러한 개혁을 위해 우선적으로 산재보험제도 개혁이 필요하다. 현재 산업재해를 입은 노동자는 근로복지공단에 산재 신청을 하여 승인 절차를 밟아야 하고, 인과관계가 명확해야 산재보험으로 치료 및 보상을 받을 수 있다. 이러한 이유로 인하여 많은 산재 환자가 산재보험의 적용을 받지 못하고 있다. 업무상 재해 및 질병으로 인정되는 기준이 제한적이고 엄격하다는 점도 문제다. 그 결과 산재보험의 혜택을 받아야 할 산재 환자가 건강보험으로 요양급여를 받거나 자기 부담으로 치료를 받는 경우가 빈번하다. 따라서 산재 요양을 받기 위해 근로복지공단으로부터 승인을 받는 사전승인절차를 없애고 별도의 절차 없이 재해노동자가 산재보험으로 치료를 받을 수 있도록 해야 한다(좌혜경, 임준, 정원, 2013). 이를 위해 재해노동자가 신청하는 절차가 아니라 의사에게 산재신고의무를 부과하는 것이 필요하다. 의사가 재해노동자를 만나는 최초의 시점에서 산재보험과 건강보험을 구분할 수 있도록 합리적 기준을 개발하고 이에 따라 산재보험 적용을 받을 수 있도록 한다. 일단 산재보험으로 적용되어야 한다고 분류되면 선 보장이 이루어질 수 있도록 하고, 만약 담당 의사에 의한 분류가 어려운 경우 직업환경의학 전문의에 평가를 의뢰하여 그 결과에 따라 급여가 제공될 수 있도록 한다면 분류 과정에서 발생할 수 있는 부작용을 최소화할 수 있다.

3) 공공보건의료체계의 개혁 과제

보건복지부는 2018년 10월 공공보건의료발전종합대책을 통해 지역 격차 해소를 위

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

한 공공보건의료의 책임성 강화, 필수의료 전 국민 보장 강화, 공공보건의료 인력의 양성 및 역량 제고, 공공보건의료 거버넌스의 구축이라는 4대 분야별 12대 과제를 발표하고, 필수보건의료의 지역 격차 없는 포용국가를 실현하겠다는 입장을 밝혔다(보건복지부, 2018). 2019년에는 이와 관련하여 지역의료 강화대책을 발표하기도 하였다(보건복지부, 2019). 그렇지만, 일부 공공병원에 대한 책임의료기관의 지정, 시·도 공공보건의료지원단의 설치, 지방의료원 기능 보강사업에 대한 예산 증액, 코로나19 대응을 위한 감염병 진료 관련 인프라의 지원 등을 제외하면 가장 중요한 공공병원 확충 방안과 대규모 재정 투입, 그리고 인력 확충 등에 대한 전향적인 정책과 관련 법규의 개정이 전혀 이루어지지 않았다. 공공보건의료기관의 확충이 없다면 사익추구적 경향이 강한 보건의료체계를 공익적 방향으로 전환시킬 수 있는 동력 확보가 쉽지 않고, 필수보건의료 보장을 위한 강력한 협력체계 구축을 담보하기 어렵다. 정부의 공공보건의료체계를 구축하려는 노력은 공공보건의료기관의 확충과 필수보건의료 보장을 위한 민관협력체계의 구축이 병행되어야 한다.

단기적으로 공공보건의료발전종합대책에서 제안된 내용이 실현될 수 있도록 재정 확보와 인프라의 확충, 그리고 공공보건의료에 관한 법률과 국립중앙의료원의 설치 법률 등 관련 법률의 개정이 이루어져야 한다. 또한, 지역의 공평한 의료이용이 보장될 수 있는 방향으로 건강보험 지불제도 및 수가체계의 개편이 이루어져야 한다. 보건의료체계의 공공성을 높이기 위한 의료전달체계의 개편도 함께 다루어져야 한다. 특히, 지역거점병원 역할을 하고 있는 지방의료원과 적십자병원이 70개 중진료권에서 자체충족적인 2차 병원으로서 역할을 충실히 수행할 수 있도록 300~500병상 규모 이상으로 증축하거나 신축함으로써 최소한 1개 이상 공공병원을 확보할 필요가 있다. 공공병원이 일정 규모이상 확보했을 때에 사익추구적 경향이 강한 민간의료기관이 중진료권 단위에서 공익적 역할을 수행할

수 있는 기반을 마련할 수 있을 것이다.

중기적으로는 공공보건의료에 대한 좀 더 적극적인 관점의 전환이 요구된다. 공공보건의료의 잔여적 시각에서 벗어나 보편적 시각에서 공공보건의료를 다루고, 대상을 취약한 지역이나 집단에서 전체 인구 집단으로 확장하여 기울어진 운동장을 평평하게 만들기 위한 방향 설정이 필요하다. 보편적 접근과 함께 취약한 집단과 지역에 대한 비례적 접근을 강화함으로써 건강불평등의 해소를 선도할 수 있는 방향으로 공공보건의료체계가 구축되어야 한다. 더 나아가 신종 감염병, 재난 등 지구온난화 및 세계화 등으로 점차적으로 발생 가능성이 높아지고 있는 공중보건 위기 상황에서 의료체계 내에서 실질적인 컨트롤타워 기능을 수행할 수 있도록 공공보건의료체계를 구축할 필요가 있다. 주체 측면에서는 국민 또는 지역주민이 관리의 대상이 아니라 실질적인 의사결정의 주체가 될 수 있도록 참여 기반의 공공보건의료체계가 구축될 수 있는 개혁 방향이 설정되어야 한다(김창엽, 2019).

4) 일차보건의료의 개혁 과제

우리나라는 급속한 고령화로 인한 만성질환의 증가로 사회 전체에 걸친 부담이 심각한 상태이다. 만성질환자는 2017년 기준으로 전체인구의 33.6%인 약 1,730만 명에 달하고 있고, 만성질환 진료비는 28.2조 원으로 전체 진료비 69조 원의 41%라는 높은 비중을 차지하고 있다. 특히 생활환경의 변화로 인한 비만율 증가로 만성질환의 비중이 가파르게 증가하고 있고, 향후 더 증가할 것으로 전망된다. 이러한 상황에서 대형 병원 중심의 사익추구적 보건의료체계는 문제를 더욱 심각하게 만들고 있는데, 만성질환자의 증가 속도보다 진료비 증가 속도가 더 가파르게 만드는 요인으로 작용하고 있다(일차의료만성질환관리추진단, 2019). 특히, 만성질환관리에 대한 일차의료의 역할이 미흡하여 경증 만성질환자의 상당수가 의원급이 아닌 대형병원을 이용하고 있어서 비용 측면 뿐 아니라 관리 측면에서 질 저

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

하가 우려된다. OECD 평균과 비교해보면, 한국이 고혈압·당뇨병 환자의 입원 비중이 매우 높고 당뇨병 환자의 입원 기간이 길어서 일차의료체계의 개선과 질 향상에 대한 필요성이 강조되고 있다(김희선, 유빛나, 이은환, 2018).

정부는 만성질환 관리에 있어서 일차보건의료의 역량을 높이기 위하여 고혈압·당뇨병 등록관리사업, 의원급 만성질환관리제, 지역사회 일차의료시범사업 및 만성질환관리수가 시범사업 등 국가적 차원에서 다양한 사업들을 추진해오고 있다(김남희, 2018). 이들 사업들은 일차의료기관 이용률, 지속치료율 등 일정한 성과를 보인 반면, 각 사업들의 배경과 기간, 사업 주체를 비롯하여 구체적 서비스 내용과 정책적 수단 등이 달라 국가 차원의 체계적이고 포괄적인 사업수행이 어렵다는 문제점이 제기되어 왔다(김희선 등, 2018). 또한 만성질환관리에 있어서 일차의료기관 또는 의사에 요구되는 포괄적인 역할을 규정하지 못한 채 소극적인 등록 업무에 국한하고 있다는 비판도 대두되었다. 이에 그동안의 성과를 잇고 한계를 극복하기 위하여 만성질환 통합모형에 기초한 일차의료만성질환관리 시범사업이 추진되고 있다(일차의료만성질환관리추진단, 2019). 이러한 일차의료에 기반을 둔 만성질환관리가 잘 작동하기 위해서는 주민들이 생활하는 소생활권을 중심으로 보건기관의 기능 강화와 인프라의 확충이 필요한데, 특히, 의료와 요양복지 간 연계 및 건강관리서비스를 제공하는 건강생활지원센터 등과 같은 보건기관의 확충과 역할 강화가 필수적이다(임준 등, 2018).

단기적으로 일차의료 만성질환관리시범사업은 성과 평가에 기초하여 본 사업으로 확대해나가야 한다. 또한 보건소 기반의 고혈압 당뇨병 등록관리사업과 일차의료 만성질환관리시범사업이 통합 운영될 필요가 있다. 케어 플랜 수립과 케어 코디네이터에 따른 질환관리를 강화하는 일차의료 만성질환관리 모형으로 통합이 이루어지고 이에 근거하여 일

차의료기관에 포괄적인 방식으로 지불보상이 이루어져야 한다.

중기적으로 일차의료 만성질환관리사업은 본 사업으로 전환한 이후 만성질환의 범위를 확대하고, 지역사회 해당 주민의 건강 결과를 지불보상에 반영하는 성과 기반의 지불제도가 결합되는 방향으로 발전할 필요가 있다. 또한, 의료전달체계 개편과 맞물려 일차 의료기관이 의료전달체계에서 문지기 역할을 수행하면서 포괄적인 건강관리 주체로서 역할을 담당할 수 있도록 제도 개혁이 필요하다. 보건소는 시군구 단위의 기획 및 질병관리를 총괄하는 컨트롤타워 역할을 수행하도록 규제와 행정 기능, 소규모 보건기관에서 수행하기 어려운 집단 대상의 보건사업 기능, 데이케어 센터 기능 등에 초점을 맞추어 운영하고, 건강생활지원센터와 보건지소 등과 같은 보건기관은 소생활권 단위에서 대인서비스를 제공하는 기능에 초점을 맞추어 운영할 수 있도록 전면적인 확충이 필요하다(임준 등, 2018).

장기적으로는 지역, 계층을 떠나 모든 사회구성원에게 필수보건의료서비스에 대한 동등한 접근권을 보장하기 위해 지역의 일차보건의료가 결합된 단일한 공공보건의료체계를 구축해야 한다. 단일한 공공보건의료체계는 보건의료서비스의 제공이 시장의 구매력에 따라 달라지지 않고 사회적 필요에 따라 예방, 치료, 재활서비스가 연속적으로 제공되고 일차부터 삼차까지 서비스의 연계와 조정이 이루어지는 체계를 의미한다. 또한, 의료기관의 운영비는 건강보험 급여비를 통해 조달하지만, 시설, 장비 등 자본 비용은 일반회계 또는 별도의 건강보험의 필수의료기금을 통해 조달하는 체계를 의미한다. 또한, 주치의 역할을 맡은 일차의료기관과 소생활권 단위의 보건기관이 결합하여 일차보건의료 네트워크를 구축하여 등록제 기반의 일차 진료를 포함한 포괄적인 일차보건의료서비스와 돌봄 및 복지와 연계된 커뮤니티케어 서비스를 통합적으로 제공해야 한다.

5. 결론

보건의료의 공공성은 권력관계의 균형과 상호작용에 따라 구체적인 내용과 수준이 결정된다. 공공성은 시간적 공간적으로 고정되어 있지 않고 사회 세력 사이에서 경쟁과 투쟁, 조정, 타협의 결과로 구성되며, 변화할 가능성을 내포한다. 보건의료의 공공성 담론과 구체적인 개혁 과제는 수동적으로 주어지는 것이 아니라, 서로 다른 권력이 경쟁하고 각축하는 속에서 형성되고 변형되며, 변화의 결과는 전적으로 정치적 실천에 의존한다(김창엽, 2019). 공공성 담론에 입각한 보건의료의 개혁은 당연하게 주어지는 것이 아니라 정치적 실천을 통해 확보될 수 있다. 그러나 지금까지 보건의료의 정책을 실현하기 위한 정치적 실천은 건강보험을 제외하면 사익추구적 보건의료체계의 문제 제기 수준에 그쳐 있었고, 실제 대통령 선거, 국회의원 선거 등의 정치 일정에서 주요한 의제로 형성되지 못하였다. 그러한 이유는 보건의료의 공공성 담론에 근거하여 보건의료 개혁을 추진하고자 하는 정치세력의 부재에 기인한 바가 크다고 할 수 있다. 이에 건강의 의제를 자신의 이해로 삼는 정치세력의 등장과 정치적 실천을 건강정치의 개념으로 정식화하고 보건의료 개혁을 위한 건강정치의 가능성을 결론에 대신해 제시해보고자 한다.

가. 건강정책의 특성과 건강정치의 가능성

먼저, 건강 관련 정책은 시장실패가 구조적으로 발생하는 보건의료 분야의 정책이 대부분을 차지하고 있다는 특성이 존재한다. 공급이 면허 및 설립 인허가 등으로 특정 공급자에게 구조적으로 독점되어 있고, 코로나19와 같이 광범위한 외부효과가 발생하여 국민건강 측면에서 강제적인 규제 조치가 빈번하게 발생할 수밖에 없다. 인력 양성을 포함하여 수요에 따른 공급을 조정하기 어려운 구조적 문제 등으로 시장에 보건의료 문제를 맡길 경

우 심각한 문제가 발생하게 된다. 이러한 이유로 자유주의 시장경제체제 하의 미국조차도 보건의료에 대한 규제를 강화하고 있고, 그 대표적인 정책이 오바마케어라 할 수 있다. 특히, 보건의료 및 건강이 가장 보편적인 인권이라는 인식이 커지고 있고 국제법 상 보건의료에 대한 기본권을 보장하고 있다는 점에서도 건강의 필요가 아닌 구매력에 따라 자원의 배분이 결정되는 시장의 원리는 보건의료와 양립하기 어렵다(김창엽, 2019). 두 번째로 건강 관련 정책은 국가 경제력과 밀접하게 관련되어 있다는 특성이 존재한다. 실제 국민들의 소득이 증가하고 국가의 경제적 기반이 일정 수준에 도달할 경우 건강에 관한 수요도 증가하고 정부의 예산 및 국가의 전략 방향이 건강 향상 및 건강 불형평성에 강조점을 두는 경향이 커진다. 세 번째로 건강 관련 정책은 정책 파급효과가 다른 어떤 분야보다 광범위하고 다른 어떤 분야보다 형평성에 대한 관심이 크다는 특성도 존재한다. 네 번째로 소득수준의 향상과 저출산 고령화로 표현되는 인구구조의 변화로 인하여 건강에 대한 욕구가 폭발적으로 증가하고 있다는 점도 건강 관련 정책의 중요한 특성으로 설명할 수 있다. 마지막으로 면허제도로 공급이 독점되어 있고 의료가 갖고 있는 특성으로 인하여 다른 어떤 분야보다 전문가에 의한 주도성이 강하다는 점, 국민의료비가 2019년 기준으로 GDP의 8%가 넘는 상황에서 대형병원 자본, 제약 자본, 보험 자본 등 다양한 이해집단의 이해가 정책 결정 과정에 직접적인 영향을 미친다는 점 등도 건강 관련 정책에서 중요하게 살펴보아야 할 특성이다.

이렇게 구조적으로 복잡하고 중요한 건강 관련 정책은 직접적 이해당사자라 할 수 있는 환자나 국민의 건강 욕구가 정책으로 결정되는 과정에서 당사자의 욕구와 필요에서 출발하나 결국엔 이해집단의 힘에 크기에 따라 정책이 불공정하게 결정된다는 점에서 문제를 안고 있다(신영전 등, 2006). 공급자와 이와 연계되어 있는 보험 및 제약 자본의 경우는 정

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

부의 각종 위원회나 의회 등에 대한 로비활동 등을 통해서 정책에 직, 간접적인 영향력을 행사하고 있다. 반면에 직접적인 건강 문제의 담지라 할 수 있는 환자나 국민들은 정책 결정 과정에 참여할 기회가 많지 않아서 일부 여론이나 의회를 압박하는 방법으로 영향력을 행사한다. 이러한 불균등한 정책과정의 참여로 인하여 최초 정책 의제를 형성하는 단계에서는 정책이 필요한 환자나 국민의 이해가 반영되는 것처럼 보이지만, 구체적인 정책이 채택되는 과정에서 서비스를 공급하는 대형병원, 이와 관련되어 있는 제약회사나 민간의료보험회사 등의 이해가 공공적인 이해를 압도하는 일이 발생하게 된다. 정부가 다양한 민주적 절차를 확립하고 위원회나 간담회를 통해 시민의 이해를 반영한다고 하지만, 결국 형식적 절차만 남은 채 내용적으로는 건강 불형평성을 악화시키는 방향으로 정책이 결정되는 경우가 발생하게 된다.

이처럼 정책 수준에서는 건강과 관련하여 존재하는 시민사회의 균열을 제대로 반영하기 어렵고 환자 또는 국민의 건강의 필요를 충분하게 담아내기 어렵다(김수진, 2008).

특히, 건강불평등 문제가 더 이상 은폐할 수 없는 심각한 사회 문제가 되고 있는 상황과 이를 해결할 수 있는 정치 세력이 충분하게 성장하지 못한 상황에서 정책 수준에서의 참여를 넘어서는 건강정치의 필요성이 제기된다. 과거 의제 중심, 건강 정책의 청원 중심의 시민사회 대응으로는 환자 및 국민들의 욕구를 반영할 수 없다는 점에서 독자적인 정치세력화가 요구된다.

그러나 이러한 건강과 관련한 시민사회의 욕구를 직접적으로 반영할 수 있는 정당이 독자적으로 세력화하는 것은 쉽지 않아 보인다. 노동, 생태, 복지와 함께 건강을 중심적인 가치로 삼고 건강과 관련한 시민사회의 균열을 정치적 의제로 형성하는 것을 자신의 과제로 삼는 진보정당의 역량을 키워내는 것도 한 방법일 수 있다. 과거와 같이 선거 때에 공약

을 제시하는 수준에서의 정책 활동이 아니라 진보정당의 중요한 구성 주체로 환자, 보건의료인, 보건의료시민단체 등이 참여하고 지방의회와 국회 등에 건강정치의 주체로 참여하는 노력이 전개될 필요가 있다.

나. 건강정치의 과제

현재 보건의료 및 건강문제를 둘러싼 대립의 성격은 사익추구적 보건의료체계를 지향하는 신자유주의 세력과 보건의료체계를 공공적으로 개혁하려는 시민사회 진영 간의 정치적 균열로 설명할 수 있다. 신자유주의 패러다임에 기초한 자본의 공세는 경제위기 국면을 거쳐서도 전혀 흔들림 없이 시장의 패권을 강화하는 방향으로 가고 있고, 보건의료도 그러한 경향에서 벗어나 있지 않아 보인다. 사익추구적 보건의료체계의 구축에 이해를 같이 하는 경제 관료, 보험 자본과 병원 자본, 제약 자본, 일부 전문직 의료공급자, 각종 협회 등으로 대표되는 관련 이해관계자의 합종연횡이 이루어지고 있다. 특히, 보험 자본은 끊임없이 의료민영화의 논리와 정책을 재생산하면서 사익추구적 보건의료체계를 더 공고화하기 위한 정치활동을 강화하고 있다. 정부의 의료민영화 정책이 관철되어 미국식의 사익추구적 보건의료체계가 전면화 될 경우 최대 수혜자가 될 보험 자본은 의료민영화의 핵심 집단이라고 해도 과언이 아닐 정도로 정부의 의료민영화 정책에 깊숙이 개입하고 결합해 있다. 문재인 케어를 도입했어도 민간의료보험의 폭발적 증가로 인하여 건강보험의 보장률이 증가하지 않고 있고, 아직도 민간의료보험의 역할을 강화해야 하는 주장이 공공연하게 주장되고 있다. 이미 수십조 원이 넘는 민간의료보험 시장은 의료민영화의 중요한 물적 기반이 되고 있다. 건강보험의 당연지정제도, 의료법의 유인알선금지조항 등 몇 가지의 제도적 장치만 입맛에 맞게 조정한다면, 보험자본 입장에서 황금알을 낳는 국면이 조

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

성될 수 있는 것이다(김종명, 2012).

그런데 이러한 민간의료보험 시장의 증가와 사익추구적 보건의료체계가 강화되는 현실은 환자 및 국민 입장에서 심각한 고통일 수밖에 없다. 민간의료보험의 성장은 결국 가계에서 민간보험료의 지출 증가로 이어져 고스란히 가계 부담으로 남게 된다. 더욱이 정작 의료 필요도가 큰 환자나 계층은 가입이 어려운 반면 의료 필요도가 크지 않은 계층 및 집단만 가입이 이루어져서 불필요한 의료비 지출이 증가할 수밖에 없다. 그 결과 전체적인 건강수준 향상에는 별다른 도움이 되지 않은 채 국민의료비만 가파르게 증가하게 된다. 그러한 측면에서 과거 건강보험 하나로 운동은 보험자본과 시민사회 간의 갈등 구조를 건강보험 보장성 강화라는 정치프로그램으로 현실화 하였다는 점에서 의의가 매우 컸다(김종명, 2011).

그렇지만, 이러한 활동은 광범위한 시민의 공감대를 끌어내고 건강보험 하나로 운동을 정치적 문제로 부각시키는 것에 성공하였지만, 주도적인 정치세력에 의해 핵심적 과제로 채택되지는 못하였다. 이러한 노력은 특정 정치인에게 로비 또는 협력을 끌어낸다고 해결될 수 있는 성격이 아니라 보건의료와 건강 문제에 이해를 갖고 있는 세력이 직접적으로 정치 활동에 참여하고 개입할 때에 실현 가능하다. 지역 수준에서 더 나아가 중앙 정부 수준에서 건강문제를 중심적 의제로 갖고 활동을 펼칠 정치적 대리인을 양성하고 의회에 파견하는 노력과 함께 직접적인 의사 결정 과정에 시민의 참여를 이루어내기 위한 다양한 노력이 전개되어야 한다.

지금까지 한국 사회에서 보건의료에 대한 정부의 역할이 시장 실패를 보완하는 데에 그쳤다면, 건강보장의 미래 비전은 정부가 국민이 누려야 할 건강할 권리를 보장하기 위해 적극적인 역할을 수행해야 한다는 전제에서 출발해야 한다. 보건의료의 공공성을 시장실

패라는 협소한 틀에서 가두지 않고 서구 사회에서 당연하게 받아들이는 건강할 권리의 보장이라는 관점에서 해석하고 이를 제도화해야 한다. 그렇게 했을 때만이 초고령 사회를 앞둔 한국 사회가 지속가능하면서도 한 단계 진일보하고 모든 구성원의 밝은 미래를 보장할 수 있는 사회로 나아갈 수 있을 것이다. 당연히 특정 문제에 초점을 맞춘 정책으로는 해결이 불가능하다. 보건의료체계 전체를 대상으로 한 체계 수준의 개혁이 되어야 하고, 환자, 시민이 중심이 된 새로운 건강정치 주체의 형성에서 시작되어야 할 것이다.

참고문헌

- 강영호, 김혜련, 2006, “우리나라의 사회경제적 사망률불평등: 1998년도 국민건강영양조사 자료의 사망추적 결과”, 대한예방의학회지, 39(2), 115-122.
- 고수정, 2010, “지역별 건강불평등 영향요인”, 한국지방자치연구, 12(3), 169-195.
- 국민건강보험공단, 2019a, 건강보험 주요통계.
- 국민건강보험공단, 2019b, “2018년 건강보험환자 진료비 실태조사 결과 보도자료”.
- 김관옥, 신영전, 2017, “민간의료보험 가입이 의료비에 미친 영향: 실손의료보험을 중심으로”, 비판사회정책, 54, 305-334.
- 김기덕, 김용석, 이정희, 전종설, 정익중, 2016, 사회조사론, 서울: 박영story.
- 김남순, 박실비아, 2016, “보건의료정책의 현황과 정책과제: 합리적 의료이용 중심으로”, 보건복지포럼, 231, 7-14.
- 김남희, 2018, “지역사회 중심 일차의료 강화를 위한 만성질환관리사업 소개 및 향후 발전 방안”, HIRA 정책동향, 12(5), 18-27.
- 김동진, 채수미, 최지희, 이정아, 김창엽, 박유경 등, 2017, 국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발: 통계로 본 건강불평등, 세종: 한국보건사회연구원.
- 김명희, 2019, “포용복지와 건강정책의 방향”, 보건복지포럼, 278, 30-43.
- 김명희, 김철웅, 박형근, 윤태호, 임준, 2010, 의료사유화의 불편한 진실, 서울: 후마니타스.
- 김명희, 전경자, 서상희, 2007, “아동기의 건강불평등: 사회적 결정요인을 중심으로”, 보건복지포럼, 176, 32-44.
- 김미곤, 여유진, 정해식, 변재관, 김성아, 조한나, 2017, 포용적 복지국가 비전과 정책 방향, 세종: 한국보건사회연구원.
- 김수진, 2008, 한국 민주주의와 정당 정치, 서울: 백산서당.

- 김영범, 이종선, 임준, 정동철, 황정미, 2019, 포용사회의 중장기 비전과 전략연구(1): 복지, 의료, 고용 노동, 여성, 춘천: 한림대학교 산학협력단.
- 김영삼, 2018, “보험수가 결정과 건강보험 보장성 강화 대책”, 대한내과학회지, 93(2), 80-86.
- 김유선, 2019, 한국 노동시장의 구조와 쟁점, 서울: 한국노동사회연구소.
- 김윤, 김보영, 김승연, 김진우, 박정연, 석재은 등, 2019, 목표중심의 커뮤니티케어사업 모형과 전략개발 연구, 서울: 서울대학교 산학협력단.
- 김윤, 김희선, 조비룡, 최용준, 안아름, 이지혜 등, 2017, 일차의료 중심의 만성질환관리 수가 모형 개발, 서울: 한국보건의료연구원.
- 김윤, 이태식, 박수경, 이희영, 황승식, 곽미영 등, 2018, 건강보험 의료이용지도 구축 연구, 원주: 국민건강보험공단.
- 김종명, 2011, “민간의료보험대신국민건강보험하나로무상의료실현하자”, 인물과사상, 157, 169-175.
- 김종명, 2012, 의료보험 절대로 들지 마라, 서울: 이아소.
- 김진현, 하상근, 박영우, 김연희, 이선미, 권현정 등, 2020, “일반 간호사의 임금격차 현황과 표준임금가이드라인 개발”, 임상간호연구, 26(1), 75-85.
- 김창엽, 2018, 건강보장의 이론, 서울: 한울아카데미.
- 김창엽, 2019, 건강의 공공성과 공공보건의료, 서울: 한울아카데미.
- 김철식, 장귀연, 김영선, 윤애림, 박주영, 박찬임 등, 2019, 플랫폼노동 종사자 인권상황 실태조사, 서울: 국가인권위원회.
- 김희선, 유빛나, 이은환, 2018, “우리나라 만성질환관리사업의 발전과정과 향후 과제”, 대한공공의학회지, 2(1), 105-120.
- 보건복지부, 2018, 공공보건의료 발전종합대책.
- 보건복지부, 2019, 믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책.

- 신영수, 김용익, 강길원, 강민아, 강영호, 권영대 등, 2017, 의료관리, 서울: 서울대학교 출판문화원.
- 신영전, 김창엽, 감신, 강길원, 박웅섭, 박형근 등, 2006, 보건의료 개혁의 새로운 모색, 파주: 한울.
- 신현웅, 2018, 보장성 강화 정책의 방향 및 실손 의료보험에 미치는 영향 전망, 세종: 한국보건사회연구원.
- 안승국, 2019, "한국에 있어서 포드주의의 위기에 관한 정치경제적 재성찰: 조절이론의 접근을 통하여", 한국정치학회보, 33(2), 93-113.
- 양봉민, 김진현, 이태진, 배은영, 2015, 보건경제학, 서울: 나남.
- 윤수재, 이민호, 채종헌, 2008, 새로운 시대의 공공성 연구, 파주: 법문사.
- 여유진, 김미곤, 김수정, 박종현, 백승호, 이상호 등, 2017, 한국형 복지모형 구축: 복지환경의 변화와 대안적 복지제도 연구, 세종: 한국보건사회연구원.
- 이미숙, 2007, "노년기 건강불평등의 구조 분석", 한국사회학회 사회학대회논문집, 12, 542-565.
- 이선미, 2019, 건강보험 지속가능성 제고를 위한 건강한 고령화의 진단과 향후 과제, 원주: 국민건강보험 건강보험정책연구원.
- 이윤경, 2018, "노인의 건강과 돌봄", 보건복지포럼, 264, 19-30.
- 이제민, 2016, "한국 외환위기의 성격과 결과: 그 논점 및 의의", 한국경제포럼, 9(2), 79-135.
- 일차의료만성질환관리추진단, 2019, 일차의료 만성질환관리 시범사업 소개, 서울: 한국건강증진개발원.
- 임준, 2019, "커뮤니티케어에서 보건의료의 공적 책임 강화 방안", 보건교육건강증진학회지, 36(4), 13-22.
- 임준, 2020, 서울형 유급병가제 지원 확대 및 개선방안 연구, 서울: 서울시립대학교.
- 임준, 김종명, 2015, 민간의료보험의 문제점과 관리 방안, 서울: 국회보건복지위원회.

- 임준, 김철웅, 고영, 이지현, 이현숙, 2018, 건강생활지원센터 확충모형 개발 및 운영 효율화 방안 연구, 인천: 가천대학교 산학협력단.
- 임준, 이흥훈, 서지우, 곽미영, 김태호, 이기환 등, 2019, 책임의료기관 지정 및 육성전략 연구, 서울: 국립중앙의료원 공공보건의료센터.
- 임준, 한진옥, 2017, 보건의료인력 정책 및 인력 확보 방안, 서울: 전국보건의료산업노동조합.
- 장숙랑, 2015, "한국 노인의 만성질환과 활동제한", 보건복지포럼, 255, 6-17.
- 정경희, 오영희, 강은나, 김경래, 이윤경, 오미애 등, 2017, 2017년도 노인실태조사, 세종: 한국보건사회연구원.
- 정혜주, Muntaner, C., 2011, "고용관계와 건강불평등 경로와 메커니즘에 관한 탐색", 한국사회정책, 18, 245~287.
- 조희숙, 김윤, 김창훈, 김태현, 나백주, 박기수 등, 2018, 지역별 의료 및 공공보건의료 거버넌스 구축 방안 연구, 춘천: 강원대학교 산학협력단.
- 좌혜경, 임준, 정원, 2013, "산업재해보상보험의 청구 절차 미비로 인한 건강보험의 재정손실규모와 개선 방안", 비판사회정책, 39, 274-296.
- 최영준, 구교준, 윤성열, 2018, "복지국가 혁신에 미치는 영향에 대한 탐색적 연구", 사회보장연구, 34(4), 229-258.
- 한국건강형평성학회, 2018, 전국 광역시도 시군구 건강격차 프로파일, 서울.
- Adler, N. E. and Ostrove, J. M., 1999, "Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological, and Biological Pathways", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 3-15.
- Cohen, D. A., Farley, T. A., and Mason, K., 2003, "Why is Poverty Unhealthy? Social and Physical Mediators", *Social Science & Medicine*, 57(9), 1631-1641.
- Dahlgren, G. and Whitehead, M., 1991, Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health: Background Document to WHO – Strategy Paper for Europe, Stockholm: Institute for Future Studies.

- Kang, Y. H., 2006, "Relationship between Childhood Socio-economic Position and Mortality Risk in Adult Males of the Korea Labour and Income Panel Study(KLIPS)", *Journal of the Royal of Public Health*, 120, 724-734.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., and Prothrow-Stith, D., 1997, "Social Capital, Income Inequality, and Mortality", *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491-1498.
- Kennedy, B. P., Kawachi, I., and Prothrow-Stith, D., 1996, "Income Distribution and Mortality: Cross-sectional Ecological Study of the Robin Hood Index in the United States", *British Medical Journal*, 312, 1004-1007.
- OECD, 2020, "OECD Health Statistics 2020", https://www.oecd.org/els/health-systems/he alth-data.htm.
- Robert, S. A., 1999, "Socioeconomic Position and Health: The Independent Contribution of Community Socioeconomic Context", *Annual Review of Sociology*, 25, 489-516.
- Song, Y. M. and Byeon, J. J., 2000, "Excess Mortality from Avoidable and Non-avoidable Causes in Men of Low Socioeconomic Status: A Prospective Study in Korea", Journal of Epidemiology and Community Health, 54, 166-172.
- WHO, 2020, "Declaration of Alma-Ata", https://www.who.int/publications/almaata_declarati on_en.pdf.
- Wilkinson, R. G., 1992, Income Distribution and Life Expectancy, *British Medical Journal*, 304, 165-168.
- Wills, J. and Naidoo, J., 2019, 건강증진 이론과 실제, 지역보건연구회 역, 서울: 계축문화사.

인터넷자료

- 통계청, 2020년 8월 9일 검색, "국가통계포털", https://kosis.kr/index/index.do.

PART 2

노인환자의 인권

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

| 제 1 장 |
장기 요양 노인에 대한 국제 인권 기준의 적용

| 제 2 장 |
한국 사회, 노인 환자의 돌봄

| 제 3 장 |
노인 환자의 인권 이슈

PART 2

노인 환자의 인권

| 제 1 장 |

장기 요양 노인에 대한 국제 인권 기준의 적용

유럽국가인권기구 네트워크

보고서 개요

1. 서문

2. 국제 인권 프레임워크

3. 노인 인권과 장기 요양

4. 결론

부록 1: 국제 인권 프레임워크

부록 2: 유럽국가인권기구 네트워크 회원국의 인권 조약 비준

부록 3: 관련 인권 기준

본 보고서의 원 제목은 "The Application of Internationial Human Rights Standards to Older Persons in Long-Term Care"이며, 유럽연합의 공동출자로 유럽국가인권기구 네트워크(European Network of National Human Rights Institutions)가 2017년 2월 발간한 보고서로서 국가인권위원회가 번역하였으며 번역에 따른 책임은 국가인권위원회에 있습니다.

보고서 개요

본 보고서는 유럽에서 장기 요양을 받고 있거나 받을 가능성이 있는 노인의 인권 증진에 관련된 국제 인권 협약을 검토한다. 본 보고서의 목표는 유럽국가인권기구 네트워크의 노인인권과 장기요양 프로젝트(이하 '프로젝트')의 시범 단계에서 대표 6개국이 노인 인권 상황에 대한 모니터링 작업을 수행할 때 지침이 되는 기준의 시작점을 제공하는 데 있다.

국제인권법은 노인의 인권을 보호하고 증진하기 위한 포괄적인 틀을 제공한다. 즉, 국내법이 시행해야 하는 기준과 접근 방식을 제시한다. 노인의 권리와 관련된 국제법은 상당히 복잡하며 노인의 인권을 보장하는 데 어려움이 있다. 유럽인권협약은 모든 회원국의 법률에 반영되어 있으며 따라서 법적으로 상당히 유의미하다. 프로젝트의 목적에 있어 이 협약의 내용(및 유럽인권재판소의 해석)은 다른 국제 협약보다 특별한 주의가 필요하지만 그 범위는 좁다. 이 협약은 주로 노인의 일상 생활에 중심이 되는 경제적, 사회적, 문화적 권리보다는 시민적, 정치적 권리에 중점을 둔다.

유엔의 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제 규약, 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제 규약, 고문방지협약, 장애인의 권리에 관한 협약, 유럽회의의 개정 유럽사회헌장을 비롯한 기타 국제 및 지역 인권 협약에 명시된 기준은 노인(장애인의 권리에 관한 협약의 경우 장애인)의 권리와 관련하여 당사국의 기대치를 개략적으로 설명하고 있다.

국제 인권 기준은 노인에게 장기 요양에 대한 명시적 권리를 보장하지 않는다. 그러나 다양한 협약에 **보건의료**(장기 거주 요양 포함)**의 동등한 접근성에 대한 권리**와 필요할 경우 사회적 보호를 통해 **적정한 가격의 요양 서비스를 받도록 한** 보장에 관한 조항이 포함되어 있다. 노인이 장기 요양 서비스에 대한 선택권을 가져야 하는지에 관해서 국제 및 지역 협약의 해석은 완전히 일치하지는 않는다. 장애인권리위원회는 장애를 사유로 한 구금은 장애인

의 권리에 관한 협약에 어긋난다는 점을 확인했으며, 이는 곧 장애가 있는 노인이 자기 의사에 반하여 거주형 요양시설에 수용되어서는 안 된다는 점을 시사한다. 그러나 지금까지 다른 협약 기구와 유럽인권재판소는 이 사안에 대해 다른 해석을 고수하고 있다. 이와 같이, 유럽의 **노인이 장기요양시설을 선택할 수 있는 권리**가 어느 정도인지는 명확하지 않다.

요양을 받는 동안에는 많은 인권 협약이 명시적으로 **생명권** 및 **고문과 잔인하고 굴욕적인 대우를 받지 않을 권리**를 명시적으로 보호하고 있다. 여기에는 국가가 생명권 및 고문으로부터의 자유를 보호하기 위해 합당한 조치를 취해야 한다는 적극적인 의무와 거주자의 생명이 위험하지 않도록 물리적 환경이 안전하고 예방조치가 마련되도록 하는 내용이 포함된다. 그러나 국제 협약이 신체적, 정서적, 심리적, 재정적, 성적 학대로부터 노인을 적절하게 보호하는지, 또는 일부 형태의 학대는 위반을 결정하는 기준이 너무 높은 것은 아닌지에 대해 명확하지 않다.

선택과 자율에 관한 장애인의 권리에 관한 협약과 유럽인권협약의 해석이 다르지만 노인은 국제 인권법에 따라 **신체의 자유와 구속으로부터의 자유를 누릴 권리**가 있다. **선택, 자율성, 법적 능력, 법 앞에서의 평등에 대한 권리**는 강력하게 보호되고 요양 중인 노인은 독립성과 요양에서의 선택권을 가지며 자신들의 생활과 요양에 영향을 미치는 결정에 참여할 권리가 있다. 장애인 인권 협약에 따르면, 완전한 법적 능력도 인정되어야 하며 부정적 결과를 초래할 것으로 판단되는 결정을 내릴 권리도 있다. 그러나 유럽회의 기준은 비록 특정 조건이 충족되고 보호장치가 마련된 경우에는 법적 능력의 제한을 허용한다. **존엄성에 대한 권리**는 그 의미가 종종 잘못 규정되는 경우가 많으나 잔인하고 굴욕적인 대우로부터의 자유 및 사생활과 가족생활에 대한 권리와 연계하여 합리적으로 보호된다. 시민단체의 지침은 존엄을 각 개인의 복지에 대한 존중으로 정의한다.

사생활과 가족생활에 대한 권리는 개인의 품위에 대한 존중, 통신, 데이터, 신체적, 심리적 완전성, 요양에 대한 논의 등으로 확장된다. 사생활과 가족생활에 대한 권리는 노인과 함께 살기를 원하는 배우자를 포함한 가족과 노인이 연락을 유지할 수 있다고 규정하며 요양원은 이러한 권리가 실현가능하도록 해야한다. **참여와 사회적 통합**에 대한 권리는 요양 중인 노인에게도 적용되며, 정보에 대한 권리, 사회 및 문화 활동에 참여할 권리, 일상생활과 보건의료에 영향을 미치는 결정에 참여할 권리 등이 포함된다. **표현의 자유, 사상, 양심, 신념, 문화, 종교의 자유에 대한 권리**는 적시에 추가 비용 없이 다양한 장애에 적합한 접근 가능한 형식과 기술로 정보를 받고 전달할 권리를 포함한다.

도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강에 대한 권리는 예방, 치료, 재활 시설과 서비스를 차별 없이 이용할 수 있는 권리를 규정하며 정신보건 프로그램과 영양소 섭취 요건 관리 및 완화 치료를 포함한다. 또한 다양한 협약이 **적절한 생활 수준**을 언급하며, 요양원은 거주자에게 적절한 음식과 주거지를 제공하고 생활 여건을 지속적으로 개선할 의무가 있다. 또한 시민 단체는 각 개인의 필요에 맞는 맞춤형 요양을 받을 권리를 옹호한다. 유엔 협약 기구가 "기타 지위"에 근거한 차별에는 연령에 근거한 차별이 포함된다고 명시했지만, **연령에 따른 차별 금지**를 명시적으로 규정한 협약은 거의 없다.

권리가 침해된 노인은 효과적으로 구제받을 권리가 있으며, 요양제공자는 시설 거주자들에게 효과적인 진정 절차에 대한 권리를 부여하고 진정 제기에 관한 지원을 제공할 의무가 있다. **효과적 구제책에 관한 권리**는 의무 이행자가 권리가 침해된 개인에게 구제책과 배상을 제공할 뿐 아니라 거주자에게 접근 가능한 형식으로 권리에 대한 정보를 제공하고, 거주자가 보복의 우려 없이 인권이나 안녕의 침해를 보고할 수 있는 효과적 불만 제기 방법을 개인에게 제공할 적극적 의무를 부여한다. 요양원 거주자는 자신의 바람에 대한 존

중을 포함하여 **적절한 완화 및 임종치료를 받을 권리**가 있다.

거주자가 돌봄 직원과의 좋은 관계를 보장받을 권리는 없으나 모든 노인이 요양 중 인권을 향유할 수 있도록 하는 데 있어 직원과의 관계가 결정적이라는 점은 강조되어야 한다. 직원은 거주자의 생명권과 안전하고 고문으로부터 자유로울 권리를 존중할 의무가 있으며, 거주자의 생활과 요양에 영향을 미치는 결정에 있어 거주자를 동등한 의사 결정자로 참여시킬 의무가 있다. 직원들은 고용이 안정되고 각 거주자와 그의 가족이 효과적으로 의사소통 할 수 있는 공식 및 비공식 채널이 마련되어야 의무를 이행할 수 있다.

1. 서문

본 보고서는 유럽에서 장기 요양을 받았거나 받을 가능성이 있는 노인의 인권 증진과 관련된 국제 인권 협약을 검토하고 분석한 내용의 1차 초안이다. 본 보고서의 목표는 유럽 국가인권기구 네트워크(European Network of National Human Rights Institutions, ENNHRI)의 노인인권과 장기요양 프로젝트(이하 '프로젝트')의 시범 단계에서 대표 6개국이 노인 인권 상황을 모니터링 할 때 지침이 되는 조항과 원칙에 관한 공유된 비전을 갖기 위한 시작점을 제공한다. 이와 관련하여 본 보고서는 프로젝트 자문 그룹의 의견을 반영한다. 또한 해당 모니터링 작업이 완료되면 이 분야에서 모니터링 작업을 수행하고자 하는 다른 국가인권기구(National Human Rights Institution, NHRI)와 시민 단체에 지침을 제공할 수 있을 것으로 기대된다.

본 보고서는 먼저 국제 인권 프레임워크를 설명한 후, 모든 국제 기준을 분석하여 장기요양 노인의 핵심 권리를 확인한다. 또한 다양한 국제 문서(부록 3) 내에서 해당 기준이 어디에 있는지 보여주며, 이를 통해 각 국가인권기구가 각 국가 내에서 이 권리를 어떻게 적용할 지 결정할 수 있다. 시민 단체의 관련 지침도 요약되어 있다.

2. 국제 인권 프레임워크

부록 1은 장기요양 노인의 인권과 관련된 국제 인권 프레임워크를 상세하게 설명한다. 이 프레임워크는 노인의 권리를 보호해야 할 의무 이행자의 의무를 규정한다. 파리 원칙(Paris Principles)에 따라 국가인권기구의 임무는 다음과 같다.

- 인권의 증진과 보호

- 해당 국가가 조인한 국제 인권 협약과 국내 법률, 규정, 관행의 균형(및 효과적인 이행) 보장
- 해당 국가가 조인하지 않은 기준의 비준을 장려

유럽인권협약(European Convention on Human Rights, ECHR)은 이 프로젝트의 목적에 있어 가장 중요한 국제 인권 협약 중 하나로, 모든 회원국의 국내법에 반영되었으며, 회원국은 협약에 정의된 권리를 보호할 의무가 있다. 따라서 국내 법원도 이 협약을 따라야 한다. 또한 협약에 따라 자신의 권리가 당사국에 의해 침해되었다고 느낀 사람은 유럽인권재판소(European Court of Human Rights, ECtHR)에 진정을 제기할 수 있으며(단, 국내에서 모든 구제책을 먼저 구한 경우에 한한다), 재판소의 결정은 구속력이 있다. 그러나 유럽인권협약은 노인의 일상에 중심이 되는 경제적, 사회적, 문화적 권리보다 시민적, 정치적 권리에 주로 초점을 맞춘다. 또한 유럽인권협약 제14조에 따라, (협약에 명시된 권리를 제외하면) 차별을 받지 않을 독립적 권리는 존재하지 않는다. 따라서 다른 협약에 명시된 기준을 고려해야 한다.

모든 유럽 국가가 이 프로젝트에 관련된 7개의 구속력 있는 유엔협약(부록 1에 요약)을 비준하지는 않았지만, 이 협약들은 모든 개인의 인권을 보호하고 증진하기 위해 의무 이행자가 충족해야 한다고 유엔이 판단한 기준을 제시한다. 가장 최근의 유엔 협약으로서 장애인의 권리에 관한 협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD)은 이 프로젝트의 목적을 달성하는데 중요한데, 유럽 전역의 35개국 중 32개국의 비준을 받았기 때문이다. 75세 이상 유럽인의 약 60퍼센트가 건강 문제로 인해 일상활동에 제한을 받고 있다고 보고했으며[1], 유럽 내 거주형 요양시설에서 생활하는 노인의 60~80퍼센트가 일종의 치매(미진단 치매 포함)를 앓고 있는 것으로 보이며, 약 80퍼센트는 경증에서 중증 장애가

1) Lafortune G., and Balestat G et al., 2007, Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD, Paris.

있다. 장애가 있는 노인의 상황은 장애인 협약의 건강권에 대한 제25조와 적절한 생활 수준을 누릴 권리 제28조에서도 명시적으로 언급되어 있다. 또한 유럽연합도 이 협약의 당사자가 되어 유럽연합 및 산하 기관 내에서 해당 협약을 최우선으로 여기고 있다.

부록 1에 설명된 바와 같이 유럽회의(Council of Europe, CoE)의 개정 유럽사회헌장(Revised European Social Charter, RESC)에는 노인 및 장기 요양에 특정된 권리가 수록되어 있다. 그러나 모든 국가가 개정헌장을 비준한 것은 아니며 개정헌장을 비준한 12개 국가만 제23조를 의무적으로 준수하고 있다.[2] 부록 1과 같이, 유럽연합 기본권헌장(European Union Charter of Fundamental Rights, EUCFR)은 유럽연합의 기관과 기구, 그리고 유럽연합의 사법권 내 각 국가의 기관에만 적용된다. 보건, 장기 요양, 사회 정책의 대부분이 유럽연합 관할권이 아닌 회원국의 관할이기 때문에, 이 헌장은 프로젝트와 관련성이 상대적으로 낮은 편이다.

구속력 있는 다양한 유엔 및 유럽회의 협약의 당사국(의무 이행자)은 관할권 내 개인의 인권을 보호할 의무가 있다. 여기에는 국가를 대신하여 서비스를 수행하도록 계약을 체결한 모든 조직이 포함되며, 따라서 거주형 민간 요양원으로서 국가에서 보조금을 받는 노인을 위한 시설도 포함된다.

유엔, 유럽회의, 시민 단체 또한 요양 중인 노인 인권과 관련된 중요한 (구속력 없는) 문서를 다수 발행했다. 노인을 위한 유엔원칙(Principles for Older Persons)은 작성한 자료 중 유일하게 노인의 권리를 명시적으로 제시했기 때문에 가장 중요한 문서로 꼽힌다. 이 원칙은 국가 정책에 영향을 미칠 수 있게 고안되어 이를 기준으로 각 국가 정책을 평가할 수 있다. 파트너십 프레임워크인 유럽 노인학대 퇴치 전략(European Strategy to Combat Elder Abuse, EUSTACEA)이 개발한 장기요양과 도움이 필요한 노인들의 권리와 책임에 대한 유럽

2) http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ListeDeclarations.asp?NT=163&CM=&DF=&CL=ENG&VL=1

헌장(European Charter of the Rights and Responsibilities of Older People in Need of Long-term Care and Assistance, ECROP)도 중요한 문서로서 가장 취약한 노인의 권리를 인식하고 지지하는 방식에 관한 노인권익 옹호집단의 지침을 제공한다.

요약하면, 본 보고서는 가능한 경우 유럽인권협약(및 유럽회의와 유럽인권재판소에 의한 해석)을 우선하며 다른 주요 협약을 참조하여 이 분석을 보완한다. 또한 본 보고서는 요양 중인 노인의 권리에 관해 명확성이 부족한 사례를 강조하고자 한다.

3. 노인 인권과 장기 요양

가. 서문

본 절은 요양 중인 노인과 관련된 권리를 설명하며, 가능하다면 다양한 권리가 다양한 협약에서 어떻게 설명되고 있고 관련 협약 기구와 법원이 다양한 협약을 어떻게 해석하는지 실례를 들어 설명한다. 본 절은 부록 2를 함께 읽어야 한다. 부록 2는 각 국이 비준한 국제 협약에 대한 특정 권리 각각을 국가인권기구가 참조할 수 있도록 돕기 위해 작성되었다.

나. 장기요양의 시작: 접근과 선택

국제인권기준은 노인들에게 장기요양에 대한 권리가 있다고 명시하고 있지는 않다. 그러나 아래 요약된 바와 같이, 다양한 협약의 조항에 보건의료 서비스에 대한 평등한 접근권리와 해당 서비스의 합리적 비용에 대한 보장 및 장기 요양 환경을 선택할 권리에 대한 내용이 포함되어 있다.

1) 의료 서비스에 대한 모든 사람의 평등한 접근

일반적으로 인권 관련 협약 등은 보건의료 서비스가 필요한 모든 개인에게 국가가 이를 의무적으로 제공해야한다고 규정하지 않는다. 그보다는 국가가 가용 자원 내에서 개인에게 보건의료 서비스에 대한 평등한 접근을 제공하기 위해 가능한 모든 노력을 기울여야 한다(즉 특정 개인이 다른 사람보다 더 나은 접근 기회를 가질 수 없다). 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR) 당사국은 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 향유할 모든 사람의 권리를 촉진할 의무가 있다. 이 의무에는 특히 제3자가 제공하는 보건의료 및 건강 관련 서비스에 대한 평등한 접근을 보장하는 법률의 채택 또는 기타 조치의 실행이 포함된다.[3] 당사국은 또한 제3자가 건강 관련 정보와 서비스에 대한 접근을 제한하지 않도록 해야 하며, 사망률이 높거나 특정 질병에 대한 취약성 등 특별한 건강 문제를 겪는 그룹의 고유한 요구를 인식하고 충족하도록 해야 한다. 이와 같이 장기요양이 구체적으로 기술되어 있지는 않지만, 당사국은 노인의 특정 요구에 적절한 서비스를 제공해야 할 의무가 있다. 장애인의 권리에 관한 협약 당사국은 다른 사람에게 제공되는 것과 동일한 범위, 품질 및 수준의 무료 또는 합리적 비용의 보건의료 및 프로그램을 장애인에게 제공해야 하며 또한 장애인에게 다양한 재가 돌봄, 시설거주 및 기타 지역사회 지원 서비스를 제공해야 하며, 여기에는 생활과 지역사회로의 통합을 지원하고 지역사회로부터의 고립이나 분리를 방지하는 데 필요한 개인적 지원이 포함된다.

경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약은 점진적인 경제, 사회, 문화적 실현을 명시하고, 가용자원의 한계로 인한 제약을 인정한다.[4] 이는 국가의 자원에는 제약이 있

3) CESCR, 2000, General Comment No. 14, The Right to the Highest Attainable Standard of Health(Art. 12), http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en
4) *Ibid.*

으며 협약의 조항을 이행하는 데 늘 시간이 걸린다는 사실에 대한 암묵적 인정이다. 일부 국가에서는 자원 제약으로 인해 적절한 보건의료 서비스를 제공하지 못한다고 주장했지만, 유엔 경제·사회·문화적 권리 위원회(Committee on Economic, Social and Cultural Rights, CESCR)는 점진적 실현 원칙이 당사국의 의무를 면제하는 것으로 해석되어서는 안 되며, 당사국은 제12조의 완전한 실현을 위해 가능한 한 신속하고 효과적으로 행동할 구체적이고 지속적인 의무가 있다고 주장한다.[5] 당사국이 가용 자원 부족을 핵심 의무를 이행하지 못한 데 대한 사유로 삼으려면 이러한 핵심 의무를 우선적으로 충족하기 위한 노력으로써 처분가능한 모든 자원을 사용하기 위해 최선의 노력을 다했음을 증명해야 한다.[6] 따라서 당사국 내에 원활히 운영되는 공중 보건과 의료 시설, 재화와 용역, 프로그램이 충분히 있어야 한다. 심각한 자원 제약 상황에서도 당사국은 상대적으로 적정한 가격의 특정인 대상 프로그램을 도입하여 사회에서 가장 취약하고 소외된 구성원이나 집단을 보호해야 한다.[7]

또한, 일반 논평14는 역행적 조치가 '허용될 수 없다'고 강력히 주장하면서, 이런 조치의 보장을 입증할 책임도 각 국가에 있다고 밝혔다.[8] 우크라이나,[9] 슬로베니아,[10] 루마니아[11]의 최근 최종 견해는 모두 당사국이 제12조에 따른 권리를 충족할 의무를 이행하기 위해 보건의료비 지출을 늘릴 것을 권고했다.

개정 유럽사회헌장 제23조는 유럽회의 당사국이 국가에서 필요하다고 지정한 보건의료와 서비스를 노인에게 제공할 것을 요구한다. 유럽사회적권리위원회(European Committee

5) *Ibid.*
6) CESCR, 2007, An evaluation of the obligation to take steps to the "maximum of available resources" under an optional protocol to the covenant, http://www2.ohchr.org/english/issues/escr/docs/e_c12_2007_1.pdf
7) CESCR, 2007, *op. cit.*
8) CESCR, 2000, *op. cit.*
9) CESCR, 2014, Concluding observations on the sixth periodic report of Ukraine, E/C.12/UKR/CO/6.
10) CESCR, 2014, Concluding observations on the second periodic report of Slovenia, E/C.12/SVN/CO/2.
11) CESCR, 2014, Concluding observations on the combined third to fifth periodic reports of Romania, E/C.12/ROU/CO/3-5

of Social Rights, ECSR)는 개정 헌장에 따른 의무의 준수를 모니터링 하며, 이 조항의 기본 목표가 노인에게 이들의 요구를 충족할 수 있는 환경을 비롯해 "적절한 보건의료 및 사회적 서비스를" 보장하는 것이라고 밝혔다.[12] 그러나 필요한 시설 돌봄을 제공할 의무도 포함되는지는 명확하지 않다.

또한 유럽회의의 노인 인권 증진에 대한 구속력 없는 권고는 국가가 적절한 보건의료 서비스와 양질의 장기 요양이 가용하고 접근 가능하도록 해야 한다고 강조한다.[13] 다수의 유럽연합 지침이 성별[14], 인종과 민족[15], 종교와 신념, 장애, 연령과 성적 취향[16]을 근거로 한 직간접 차별을 모두 금지하지만 이런 지침의 실질적 범위는 다양하고 어떤 보호 근거로도 보건의료는 포함되지 않는다.

2) 보건의료 서비스의 가격 적정성

국제인권법의 다양한 규정은 필요한 경우 사회 보호 제공을 통해 모든 사람에게 적정한 가격의 보건의료 서비스가 보장되는 것을 추구하고 있다. 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 제9조는 모든 사람에게 사회 보장에 관한 권리를 인정한다. 유엔 경제·사회·문화적권리위원회는 노인의 권리에 대해 구체적으로 언급하지는 않았지만, 노인이 사회 보장에 대한 권리를 보장받는다고 명시했다.[17] 따라서 의료 혜택을 포함한 국가 복지 혜택이 양과 기간 모두 적절해야 하며 모든 사람이 차별 없이 접근할 수 있어야 한다. 그러나

12) European Committee of Social Rights, 1998, Conclusions XV-2 Volume 1(Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Greece, Iceland, Italy), https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/conclusions/Year/XV2Vol1_en.pdf
13) Council of Europe, Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons, https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=2162283&
14) Council Directive 2004/113/EC, OJ 2004 L 373/37(Gender Equality Directive on Goods and Services) and 2006/54/EC, OJ 2006 L 204/23.
15) Council Directive 2000/43/EC, OJ 2000 L 180/22(Racial Equality Directive).
16) Council Directive 2000/78/EC, OJ 2000 L 303/16(Employment Equality Directive).
17) CESCR, 2007, General Comment No. 19, The right to social security, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2FGC%2F19&Lang=en

여기에 장기 요양도 포함되는지에 관한 지침은 없다. 그러나 인권위원회(Human Rights Committee, HRC)는 국가가 관련 법률을 채택한 경우 사회 보장에 대한 권리와 관련하여 차별이 금지된다는 점을 분명히 했다.[18] 실제로 노인이 보건의료 서비스를 받을 수 있도록 재정 지원을 제공하지 못한다면 (연령 및 사회 경제적 지위에 근거한) 다중 차별의 한 형태로 볼 수 있다.

개정 유럽사회헌장의 제12조는 사회보장의 수준에 관한 조항으로, "노인 가족을 돌보는 가족 구성원에 대한 요양보호사 수당의 존재"를 규정한다. 제13조(사회 및 의료지원을 받을 권리)와 제14조(사회복지 서비스 혜택을 받을 권리)는 연금을 받을 수 있지만 요양 비용을 충당할 수 없는 사람들에 추가적 보호책을 제공한다. 회원국 장관 위원회의 (구속력 없는) 권고 CM/Rec(2014)2는 노인 인권 증진에 관한 조항으로, 돌봄의 비용이 노인들이 감당할 수 있는 수준이어야 하고, 필요한 경우 노인 지원 프로그램이 무료로 제공되어야 한다는 내용이다.[19] 다중 차별 문제는 요양 서비스를 늘 중요하다. 일례로 유럽연합 기본권기구(European Union Agency for Fundamental Rights, FRA)의 연구에 따르면 장기 요양이 필요한 제3국 국민이 연금을 받거나 장기요양 수당을 수령할 자격요건이 안되는 경우도 있다.[20]

3) 장기요양 서비스의 선택

장기요양에 대한 명시적 권리가 없기 때문에 노인이 장기요양 서비스의 유형을 선택할 수 있는 권리가 자동으로 생기지 않는다. 실제로 어떤 경우에는 노인의 의사에 반하여

18) 3 Human Rights Committee, communication No. 182/1984, FH Zwaan-de Vries v. The Netherlands, 9 April 1987, CCPR/C/29/D/182/1984.

19) Council of Europe, Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons, *op. cit.*

20) European Union Agency for Fundamental Rights(FRA), 2013, Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare, http://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare_en.pdf

시설에 입소시키는 것이 국제인권법을 위반하는 것으로 해석되지 않는 경우도 있다.[21] 그러나 아직 이에 대해서는 논의가 활발히 이루어지고 있으며, 노인이 자신이 받을 요양의 종류를 선택할 수 있어야 한다는 선택권을 인정하는 추세이다. 이는 아래에 요약된 바와 같이 존엄성, 선택, 자율성, 참여에 대한 권리의 맥락에서도 볼 수 있다.

아래에 상술했듯, 모든 사람은 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약(International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR) 제9조 제1항에 따라 자유를 보호받는다. 또한, 장애인의 권리에 관한 협약 제19조에 따라 당사국은 장애인이 지역사회 내에서 독립적으로 생활할 수 있게 하고, 어디서, 누구와 함께 살 것인지 선택할 수 있도록 하며, 이를 지원할 일반적인 의무가 있다. 장애인권리위원회(Committee on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD Committee)도 장애인 협약 제14조 자유와 안전에 따라 장애인의 비자발적 구금이 협약에 위배되는 것으로 해석했다.[22]

유럽 전역의 시민 단체는 정부가 장애인의 시설 입소를 중단하고 지역사회 내에서 독립적으로 생활할 수 있도록 지원할 것을 요구하였다. 그러나 이런 활동의 대부분은 신체적 및/또는 지적 장애가 있는 (젊은) 사람들에게 초점을 맞춘다. 노인들 다수는 거주형 요양시설에 들어가기 보다는 본인 집에서 계속 살고 싶어하며 많은 요양 환경이 시설의 특성을 띠고 있다.

개정 유럽사회헌장은 또한 노인을 위한 적절한 주거지 제공(제15조, 제23조)을 포함하여 적절한 주거에 대한 권리를 명시적으로 인정하며, 당사국이 노인의 요구에 따라 주거지 공급을 조정하거나 또는 노인의 요구에 맞는 새 주택을 구입할 수 있도록 할 것을 의무화한다. 이는 개정 유럽사회헌장 당사국이 노인에게 자신의 집에 계속 살 수 있는 기회를 제공

21) See H.M. v. Switzerland(no. 39187/98), Watts v. the United Kingdom(no. 53586/09).
22) CRPD Committee, 2014, Statement on article 14 of the CRPD, http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15183&LangID=E

해 거주형 요양시설에 가지 않도록 할 의무가 있다는 뜻이다. 이에 따라, 본 연구는 노인이 자신의 요구에 가장 적합한 장기요양 서비스에 관한 선택권을 어느 정도까지 갖는지 탐색해야 한다.

다. 요양에 관한 권리: 삶의 질과 양질의 요양 서비스

1) 생명권

생명권은 국가에 두 가지 유형의 의무를 부여한다. 다른 사람의 생명을 빼앗지 않아야 한다는 소극적 의무와 생명을 보호하기 위해 합리적 조치를 취해야 한다는 적극적 의무다. 이는 개인의 생명이 타인에 의해 위험에 처한 경우를 포함하며 당국은 또한 그 위험을 인지하고 있거나 인지해야 하고, 국가가 연루될 수 있는 사망 사건이 발생하면 당국은 독립적 수사를 수행할 의무가 있다.[23] 생명 보호의 의무는 거주형 요양시설에도 해당되며 낙상을 막기위한 물리적 장치와 보안 설비를 통해 거주자의 안전을 확보하여야 하며, 거주자의 개인 위생관리도 안전하게 처리해야 한다. 생명권은 여러 국제 인권 협약, 특히 세계인권선언(Universal Declaration of Human Rights, UDHR)의 제1조와 제2조에서 보호하며, 이 조항은 각 국 및 행정 당국에 "관할권 내 사람들의 생명을 보호하기 위한 적절한 조치를 취할 의무"를 부여한다.[24]

2) 고문과 굴욕적이거나 비인간적인 대우의 금지

고문과 잔혹하고 굴욕적인 대우를 받지 않을 권리는 많은 국제 인권 조약에도 보장되어 있다. 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약(제2조, 제3조, 제7조), 고문방지협약(UN

23) Age UK & British Institute of Human Rights, 2011, Older People and Human Rights, http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/equality-and-human_rights/older_people_human_rights__expert_series_pro.pdf?dtrk=true, LCB v. UK(14/1997/798/1001) para 36, Osman v. UK(87/1997/871/1083), para 116.
24) ECtHR Judgment: LCB v. UK, 9 June 1998, 27 EHRR 212, para 36.

Convention Against Torture, CAT, 제2조), 유럽인권협약(제3조, 제13조) 등의 조항이다. 또한, 고문방지협약의 고문에 대한 광범위한 정의에 따르면 공적 자금 지원을 받는 거주형 요양시설에 거주하는 노인에게 통증이나 고통을 야기하는 모든 의도적 행위는 협약의 적용을 받는다. 유엔인권위원회는 시설 및 장기요양시설에 있는 노인이 비인간적이거나 굴욕적인 대우에 노출되기 쉽다는 점을 강조했다.[25]

비의도적, 구조적 학대 문제는 국제 인권 기준과 관련해 유엔과 유럽회의의 관심을 받고 있다. 유엔 경제·사회·문화적권리위원회는 당사국이 적절한 수의 직원을 확보하고, 최근에 도입된 직무훈련 기준에 따라 요양원 직원을 교육하며, 요양원에 있는 노인의 상황을 개선하고 비인간적 환경을 개선하기 위해 양로원에 대한 보다 철저한 조사를 실시할 필요가 있음을 강조했다.[26] 게다가, 앞서 언급했듯 유엔인권위원회는 당사국이 가용 자원을 사용하여 도달 가능한 최고 수준의 건강 권리를 보장해야 할 의무가 있음을 명시했다.[27]

유럽인권협약 제3조는 고문, 비인간적이거나 굴욕적인 대우 또는 처벌을 절대적으로 금지한다. 이 협약은 또한 관할권 내의 개인이 민간에서 일어나는 부당 대우를 포함하여 고문이나 비인간적이거나 굴욕적인 대우를 받지 않도록 조치를 취해야 할 적극적인 의무를 국가에 부여한다.[28] 따라서 그러한 부당 대우의 금지는 가정이나 시설에서 노인에게 돌봄 서비스를 제공하는 모든 요양보호사에게 직접 적용된다.

피해자를 모욕하고 비하하여 두려움, 고뇌 또는 열등감을 불러일으키는 행위를 굴욕적 대우라 한다. 굴욕이나 비하가 의도된 것이어야 한다는 요건은 없으며, 따라서 모욕을

25) Human Rights Committee, 2004, Concluding Observations, Germany, CCPR/CO/80/DEU, para 17.
26) Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2011, Concluding Observations, Germany, E/C.12/DEU/CO/5.
27) 3 Human Rights Committee, communication No. 182/1984, FH Zwaan-de Vries v. 1987, *op. cit.*
28) Explanatory Memorandum of Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons/

유발하는 방치 또한 굴욕적인 대우를 받지 않을 권리를 똑같이 침해할 수 있다.[29] 그러나 방치 자체가 고문에 해당하지는 않으며, 고문은 "매우 심각하고 잔인한 고통을 야기하는 비인간적인 대우"를 고의적으로 가하는 행위로 정의되었다.[30]

회원국은 노인에게 서비스를 제공하는 의료진, 요양보호사, 비공식 간병인 및 기타 종사자의 인식 제고를 위한 조치를 충분히 취하여, 어떤 환경에서도 폭력이나 학대를 감지하고, 학대가 의심되는 경우 취할 수 있는 조치를 조언하며, 특히 당국에 학대를 보고하도록 권장해야 한다. 회원국은 학대를 제보한 사람을 모든 형태의 보복으로부터 보호하기 위해 조치를 취해야 한다.

유럽인권협약의 판례법은 가족이나 시설 보호에서 노인을 학대로부터 보호해야 하는 국가와 지방 당국의 적극적인 의무를 보여준다. Heinisch v. Germany[31] 사건은 노인 요양원에서 내부 고발자가 해고된 후 표현의 자유에 대한 권리가 쟁점이 된 사건이다. 이 사건은 취약한 노인이 학대를 받아도 그들 스스로 주변의 주의를 끌 수 없는 경우, 학대를 방지하기 위해 돌봄의 질에 대한 정보 확산이 중요하다는 점을 강조하였다. 유럽인권재판소는 판결에서 노인들이 돌봄 제공 시 발생하는 문제점에 대해 나서서 관심을 일으킬 수 있는 위치에 있지 않은 경우가 많다고 판시했다.

또 다른 유럽인권재판소 사례는 당사국이 적절한 보호 조치에 대한 규정을 만들고, 노인 보호와 관련된 효과적 책임 메커니즘과 독립적 사법 체계를 수립해야 할 의무가 있음을 강조한다.[32] 그러나 이런 조치는 유럽인권협약에 명시되어 있지는 않으며, 노인과 관련

29) Price v. UK(no. 33394/96).
30) Ireland v .UK(no. 5310/71).
31) Heinsisch v. Germany(no. 28274/08), http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-105777#{"itemid":["001-105777"]}
32) Dodov v. Bulgaria(no. 59548/00), Normative standards in international human rights law in relation to older persons: Analytical Outcome Paper, http://social.un.org/ageing-working-group/documents/ohchr-outcome-paper- olderpersons12.pdf

하여 제기된 심각한 우려의 결과로 유럽인권재판소의 기준에 관한 해석이 계속 바뀌면서 발전한 것이다. 또한 유럽사회적권리위원회는 모든 시설이 제공되는 돌봄의 품질 적정성을 보장하는 검사 또는 기타 메커니즘을 통해 인가를 받아야 한다고 권고했다.[33] 효과적 구제책(배상)에 대한 권리는 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약의 제2조, 유럽인권협약 제5조와 제6조, 유럽연합의 기본권헌장 제47조의 조항으로 보장된다.

(구속력이 없는) 장기요양과 도움이 필요한 노인들의 권리와 책임에 대한 유럽 헌장[34]은 학대로부터 자유로울 권리(제1조)와 배상을 받을 권리를 보장한다. 여기에는 학대를 신고할 수 있는 경로를 고지 받을 권리와 부정적인 영향에 대한 두려움 없이 학대 또는 부당대우를 신고할 권리(제9조)가 포함된다.

3) 신체의 자유, 이동과 구속되지 않을 자유

시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약 제9조는 개인의 자유와 안전에 대한 권리를 설명한다. 이 조항에 대한 인권위원회의 논평 초안은 "자유의 권리는 절대적이지 않다"고 명시하며, "해당인을 상해로부터 보호하거나 다른 사람을 해치지 않도록 예방하려는 목적에서 필요하고 적절한 경우" 정신 의학 분야에서 구금을 허용한다.[35] 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약의 다양한 조항은 구속을 금지하는 것으로 해석할 수 있다. 제7조(고문이나 잔혹하고, 비인도적이거나 굴욕적인 대우 또는 처벌의 금지), 제10조(자유를 박탈당한 모든 개인의 인격과 존엄성제), 제12조(이동의 자유에 대한 권리) 등이다.[36]

33) Secretariat of the Council of Europe, Department of the European Social Charter, 2011, The Rights of Elderly Persons under the European Social Charter, cited in OHCHR, 2012, *ibid.*

34) EUSTACEA, 2010, European Charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance, http://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_EN_v4.pdf

35) HRC, 2014, General comment No. 35, Article 9: Liberty and security of person, http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CCPR/Pages/DGCArticle9.aspx

36) 구속에는 다음이 포함될 수 있다. 셰도잉(직원이 환자의 옆에 지속적으로 머물며 필요한 경우 환자의 활동에 개입하는 경우), 수동 제어, 끈이나 구속복 또는 사방이 막힌 침상과 같은 기계적 구속, 화학적 구속(행동 제어를 위해 환자의 의지에 반하여 약물을 투입) 및 격리(환자를 비자발적으로 독방에 가두기). European Committee for the Prevention of

시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약에 따라 당사국은 개인의 자유를 제한함에 있어, 자신의 의지에 반해 거주형 요양시설에 입소하거나 요양 중에 이동을 제한하는 행위 모두와 관련해 주의를 기울여야 한다. 이는 가능한 가장 짧은 기간 동안 최후의 수단으로만 사용되어야 하며 법률에 따라 적절한 절차적 및 실질적 보호 장치가 수반되어야 한다. 당사국은 심리사회적 장애가 있는 사람이 이용할 수 있는 적절한 지역사회 기반 또는 대안적 사회적 요양 서비스를 제공해야 하여, 구금에 있어 구속이 덜한 대안을 제공해야 한다. 해당 절차는 개인 견해에 대한 존중을 보호하고, 대리인이 개인의 희망과 이익을 진정으로 대표하고 변호할 수 있도록 해야 한다. 당사국은 또한 개인이 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약을 위반하여 자유를 박탈당했다고 주장하는 경우에 효과적인 구제책이 제공될 수 있게 해야 한다.

유럽인권협약 제5조는 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약의 표현과 유사하지만, 구금이 허용되는 상황이 더 명확하게 나열되어 있으며, "정신적으로 불안정한 사람"의 합법적 감금 또한 포함한다. 유럽인권협약 제5조에 대한[37] 부속 지침에서 재판소가 명시한 바에 따르면 이 협약은 이러한 개인이 공공 안전에 위험할 수 있고 또한 자신의 이익에도 구금이 필요할 수 있기 때문에 자유를 박탈하도록 허용한다. 해당 지침은 개인이 다음 세 가지 최소 조건이 충족되지 않는 한 "불안정한 정신"을 사유로 자유를 박탈당할 수 없다고 언급한다.

- 긴급 구금이 필요하지 않는 한, 객관적인 전문 의료적 판단에 의해 개인이 온전하지 않은 정신 상태임을 증명해야 한다.

Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment(CPT), 2015, CPT Standards, http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf

37) European Court of Human Rights, 2014, *Guide on Article 5*, http://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_5_ENG.pdf

- 개인의 정신 장애가 강제 감금을 정당화할 수 있는 종류여야 한다. 자유의 박탈이 그 상황에서 필요했음을 증명해야 한다.
- 객관적 의학적 증거로 검증된 정신장애가 구금기간 내내 지속되어야 한다.[38]

모든 구속은 개인의 상황과 필요에 비례해야 한다. 이와 같이 정신 건강 문제가 있거나 자신이나 타인에게 위험을 초래할 수 있는 일종의 치매 노인의 비율이 거주형 요양시설에 사는 노인의 최대 80퍼센트를 차지하기 때문에 자유의 박탈을 허용하는 근거는 본 프로젝트와 매우 큰 관련이 있다.

유럽회의의 고문방지위원회(Committee for the Prevention of Torture, CPT) 또한 "직원과 환자 모두의 안전을 보장하기 위해 환자에 대한 물리적 완력의 사용이 불가피한 경우"를 허용하고 있지만, 환자는 존중과 존엄성으로서 대우받으며, 자신의 선택과 결정을 존중받는 안전하고 인도적이며, 최소한의 요건으로서 직원의 환자에 대한 폭력과 학대 또는 환자 간의 폭력과 학대가 없어야하며, 가능한 최소한의 제한적 방법으로 구두로 설득할 것을 명시하고 있다.[39]

장애인의 권리에 관한 협약(CRPD) 제15조에 따라 구속과 격리에 관련된 관행은 이제 고문이나 다른 형태의 학대로 간주될 수 있다. 장애인권리위원회(CRPD Committee)는 장애인이 합의하지 않은 대우에 처하지 않도록 할 것을 당사국에 요청했다.[40] 이에 비추어, 유엔 고문 특별 보고관의 의료 시설의 학대에 관한 2013년 보고서는 격리를 포함하여 단기간이라도 정신 장애가 있는 사람을 구속하는 경우 고문이나 학대에 해당할 수 있다고 명시하였다.

38) Winterwerp v. the Netherlands(no. 6301/73).
39) http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf, 2015, p. 58.
40) Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Concluding observations on the initial report of China, adopted by the Committee at its eighth session(17–28 September 2012), CRPD/C/CHN/CO/1.

의학적 필요성에 따른다는 원칙이 의료 환경에서의 자의적 학대로부터 환자를 보호하는 데 계속 걸림돌이 된다. 따라서 강제 또는 차별을 통해 장애인의 권리에 관한 협약의 조건을 위반하여 제공된 치료는 의학적 필요성 원칙으로 합법화되거나 정당화될 수 없음을 명확히 하는 것이 중요하다. [41]

유럽인권재판소가 신체의 자유와 이동의 자유에 대한 권리를 해석하는 방식에 장애인의 권리에 관한 협약이 영향을 미치고 있다는 증거가 있다. Herczegfalvy v. Austria(1992) 사건은 구속 허용 가능성에 대한 법원의 견해를 보여주는 예시로 자주 인용된다. 법원은 2주 동안 침상에 묶여 신체가 구속된 환자에게 지속적으로 진정제를 투여하고 강제로 음식을 투입한 것은 유럽인권협약 제3조에 부합한다고 판결했다. 해당 치료가 의학적으로 필요하고 당시에 용인되던 정신과 치료법과도 일치하기 때문이다. 하지만 최근 사례를 보면, 모든 구두 방식 또는 간접 방식의 치료 목적, 기간, 빈도, 실제 효과를 항상 염두에 두어야 한다. 2001년 Price v. UK[42] 사건은 장애 여성의 구금 관련 사건으로, Greve 판사는 그녀가 휠체어용 배터리 충전기를 소지하지 못하게 한 것은 유럽인권협약 제3조에 따른 원고의 신체적 완전성에 대한 권리를 침해한 것으로 간주하였다.

4) 선택, 자율성, 법적 능력, 법 앞의 평등에 대한 권리

법적 능력과 법 앞의 평등을 포함한 선택과 자율성의 영역에 관한 국제 인권법은 복잡하고 논쟁의 여지가 있다. 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약이나 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 모두 선택이나 자율성에 대한 권리를 명시적으로 규정하지

41) HRC, 2013, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf

42) Price v. UK, *op. cit.*

않지만, 인권은 종종 자유와 안녕에 대한 권리로 간주된다. 따라서 모든 인권은 모든 개인의 자유와 자율성에 대한 권리를 보장하는 것이 목표다.

시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약 제17조(사생활에 대한 권리)는 어느 누구도 그의 사생활, 가정, 주거 또는 통신에 대하여 자의적이거나 불법적인 간섭을 받거나 또는 그의 명예와 신용에 대한 불법적인 비난을 받지 아니하도록 규정하기 때문에 자율성에 관한 권리를 규정하는 것으로 해석된다. 이와 유사하게 유럽인권재판소는 유럽인권협약 제8조(개인의 사생활, 가정, 주거 또는 통신에 대해 존중받을 권리 규정)를 광범위하게 해석하여 개인의 자율성과 정체성에 대한 권리를 암묵적으로 규정한다.

법적 능력의 영역에서 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약 제16조는 모든 사람은 어디에서나 법 앞에 인간으로서 인정받을 권리를 가진다고 규정한다. 따라서 개인은 '법 앞에 인간으로 인정받을 수 있는 있음' 즉, 법적 권리와 의무의 잠재적 보유자로 인정되는 능력을 부여받는다. 유럽인권협약 의정서 12는 모든 사람이 법 앞에 평등하고 법의 평등한 보호를 받을 자격이 있다는 기본 원칙을 다루지만, 유럽인권협약에는 법 앞에서의 인정에 관한 구체적 조항이 포함되어 있지 않다.

장애인의 권리에 관한 협약은 구속력 있는 협약으로서 유일하게 선택과 개인의 자율성에 대한 권리에 명시적으로 초점을 두고 있다. 이 협약의 첫 번째 실천 원칙은 '스스로 선택할 자유를 포함한 개인의 자율성'이다. 여기에는 장애인이 다른 사람과 동등하게 자신이 선택한 의사소통 수단을 통해 정보와 아이디어를 구하고 받고 전달할 자유를 비롯해 표현과 의견의 자유에 대한 권리를 행사할 수 있도록 당사국이 적절한 조치를 취해야 할 의무가 포함된다(제21조). 협약 당사국은 또한 장애인을 위한 사회복지 서비스가 평등한 선택과 독립을 허용할 수 있도록 해야 한다.[43] 도달 가능한 최고 수준의 신체적 및 정신적 건강에

43) OHCHR, 2009, Thematic Study on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.48.pdf

대한 권리에 관한 특별 보고관은 정보를 기반으로 한 동의에 대한 권리를 지속적으로 거부하면 노인에 대한 일종의 물리적, 심리적 학대가 될 수 있다고 언급했다.[44]

장애인의 권리에 관한 협약 제12조는 장애인이 법 앞에서 인간으로 인정받을 권리를 재확인한다. 이 조항은 장애인이 삶의 모든 측면에서 동등한 법적 능력(사람이 내리는 결정에 대한 법의 인정)[45]을 가진 것으로 인정되어야 하고, 개인이 법적 능력을 행사하는 데 필요할 수 있는 지원을 제공받아야 하며, 법적 능력을 갖고 행사할 권리의 오용으로부터 보호받는다고 규정한다. 장애인권리위원회는 인지되거나 실제 존재하는 정신 능력의 결핍이 협약 제12조에 따른 법적 능력의 거부를 정당화하는 근거로 이용되어서는 안 된다고 명시하고 모든 장애인을 완전한 법적 능력이 있는 사람으로 규정하며, 이에 따라 의미 있는 사회참여 접근의 핵심인 법적 효력이 있는 행위를 할 수 있는 행위자로서의 개인으로 인식한다.[46] 따라서 장애인의 권리에 관한 협약 제12조는 장애인이 삶의 모든 측면에서 다른 사람과 동등한 법적 능력을 갖고 있으며 장애만으로는 법적 능력의 박탈을 정당화할 수 없음을 당사국이 인식할 것을 요구한다. 따라서 특정인이 부정적 결과를 초래하는 것으로 간주되는 결정을 내리거나, 의사결정 능력이 부족하다고 간주되는 경우라도 이들의 법적 능력은 계속 존중되어야 한다.

장애인의 권리에 관한 협약 제12조 제4항은 여전히 이 조항이 대리 의사 결정을 허용하는 것인지 또는 의사 결정 지원 방식의 전면적 채택을 요구하는 것인지에 있어 열띤 토론

이 연구는 당사국이 장애인을 위한사회복지시스템을 시설 보호에 중점을 둔 시스템에서 주거를 포함한 지역사회 기반 지원 서비스 시스템으로 전환할 의무가 있다고 지적했다. 이 문제는 아래에서 더 자세히 논의된다.

44) HRC, 2011, Thematic study on the realization of the right to health of older persons by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/18session/A-HRC-18-37_en.pdf

45) FRA, 2013, Legal capacity of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems, http://fra.europa.eu/sites/default/files/legal-capacity-intellectual-disabilities-mental-health-problems.pdf

46) CRPD, General comment No. 1, Article 12: Equal recognition before the law. http://daccess- ods.un.org/TMP/5023277.40192413.html

과 조사의 대상이다. 그러나 장애인권리위원회는 헝가리, 스페인, 아르헨티나, 중국, 페루, 튀니지에 관한 최종 견해에서 대리 의사 결정을 의사 결정 지원으로 "교체"[47]하고 "장애인의 법적 능력을 박탈하는 대체 의사 결정 모델에 기반한 법률을 모두 즉시 검토할" 것을 권고했다.[48]

유럽인권재판소는 또한 정신 건강 문제가 있는 사람과 지적 장애가 있는 사람의 법적 능력을 다루는 광범위한 판례법을 제정하였다. 많은 판결이 장애인의 권리에 관한 협약을 구체적으로 인용하였으며, 이는 유럽인권재판소가 "정신 장애를 가진 사람들을 보호하기 위한 국제 협약이 가능한 큰 법적 자율성을 부여하는 것을 점점 더 중요시한다"는 사실을 인정한다는 점을 반영한다. 예를 들어, Stanev v. 불가리아 사건에서 유럽인권재판소는 장기 시설 수용이 자유의 권리를 침해하는 자유권 박탈의 한 형태에 해당되며, 신청자가 자신의 법적 무력화에 동원된 조치를 법원이 검토할 수 있도록 법원에 직접 접근할 수 있는 권한을 부여받아야 한다고 판결했다. 재판소는 판결을 내릴 때 장애인의 권리에 관한 협약을 구체적으로 인용했으며, 이는 유럽인권재판소가 "정신 장애를 가진 사람들을 보호하기 위한 국제 협약이 가능한 큰 법적 자율성을 부여하는 것을 점점 더 중요시한다"고 인정했다는 점을 반영한다.[49] 이 사건 또한 성인 후견인 지정을 통해 장애인에 대한 법적 능력의 거부가 공정한 재판을 받을 권리, 본인에 대한 결정을 고지 받을 권리, 신체의 자유와 이동의 자유에 대한 권리, 비인간적이고 굴욕적인 대우나 처벌을 받지 않을 권리와 같은 다른 기본권의 침해로 이어질 수 있음을 보여준다.

47) UN, CRPD Committee, 2012, Concluding Observations on Hungary, CRPD/C/HUN/CO/1; UN, CRPD Committee, 2011, Concluding Observations on Spain, CRPD/C/ESP/CO/1; UN, CRPD Committee(2012b), Concluding Observations on Argentina, CRPD/C/ARG/CO/1; UN, CRPD Committee(2012a), Concluding Observations on Peru, CRPD/C/PER/CO/1; UN, CRPD Committee(2011b), Concluding Observations on Tunisia, CRPD/C/TUN/CO/1.

48) 48 UN, CRPD Committee(2012d), Concluding Observations on China, CRPD/C/CHN/CO/1, CRPD/C/HUN/CO/1, UN, CRPD Committee, 2012, Concluding Observations on Hungary, *op. cit.*

49) Stanev v. Bulgaria(no. 36760/06), para 244.

아울러 다른 연성법 역시 장애인의 권리에 관한 협약이 이 분야에 가져온 새로운 방향을 반영하기 시작했다. 유럽회의의 인권 위원은 장애인의 권리에 관한 협약의 "평등에 관한 더 깊은 이해를 반영한 장애인에 대한 정책 패러다임의 전환"에 비추어 2012년 이슈 보고서를 발행했다.[50] 이 보고서는 유럽회의 회원국이 개인의 의사에 반하여 후견인이나 법적 대리인의 동의를 받아 사람들을 폐쇄병동이나 사회 요양원에 '자발적'으로 입소시키는 관행을 중단할 것을 권고한다. 또한 결정을 내리거나 다른 사람과 의사소통하는 데 지원을 받고자 하는 사람들을 위한 의사결정 지원 대안책을 개발하고, 제공되는 모든 지원이 이를 받는 사람과 그의 기호를 존중하고, 이해 충돌이 없으며, 정기적으로 사법적 검토를 받을 수 있도록 강력한 보호책 역시 마련할 것을 권고한다. 그러나 노인의 권리 증진에 관한 유럽회의의 2014년 권고안은 "보호 목적을 위해 필요한 제한"을 허용하며, 이는 유엔과 유럽회의간 관점 차이가 여전히 남아 있음을 시사한다.

(구속력 없는) 장기 요양과 도움이 필요한 노인들의 권리와 책임에 대한 유럽 헌장의 제2조는 삶에 관한 선택을 할 권리를 비롯한 자기 결정권을 규정한다. 이 헌장은 적절한 제3자가 수행할 돌봄과 관련된 결정에 대해 사전 지침을 제시하는 등 의사 결정 지원에 관한 개인의 권리를 설명한다. 이와 유사하게 유엔의 개방형고령화실무그룹(Open-Ended Working Group on Ageing, OEWG)의 업무를 지원하기 위해 법학자 그룹이 작성한 구속력 없는 선언인 노인 권리에 관한 시카고 선언(Chicago Declaration on the Rights of Older Persons, CDHROP)에는 노령에 근거한 법적 능력의 거부는 금지되며, 노인은 법적 능력의 행사에 있어 지원을 받을 권리가 있다고 명시되어 있다.

50) Council of Europe Commissioner for Human Rights, 2012, Who Gets to Decide? Right to legal capacity for persons with intellectual and psychosocial disabilities, https://www.coe.int/t/commissioner/source/prems/IP_LegalCapacity_GBR.pdf

5) 존엄성에 대한 권리

유럽연합의 기본권헌장 제1조를 제외하고 인권조약에서 존엄에 대한 권리를 그 자체로서 보호하고 있는 경우는 거의 없다. 아울러 제25조는 "노인이 존엄하고 독립적인 삶을 영위하고, 사회적 및 문화적 생활에 참여할 권리"를 인정한다. 그러나 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약과 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약은 인류 전체의 고유한 존엄성과 평등하고 양도할 수 없는 권리에 대한 인식에 기초한다(전문). 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약 제10조는 "자율권을 박탈당한 모든 사람은 인도적 대우를 받아야 하며 인간의 고유한 존엄성을 존중받아야 한다"고 명시한다. 인권위원회는 모니터링 작업에서 제10조 이외의 조항에 명시된 존엄성에 관해 언급했다. 위원회는 장기요양시설에 생활하는 노인의 취약한 상황이 일부 경우 굴욕적 대우를 낳았고 인간 존엄성에 대한 노인의 권리를 침해했다고 설명했다(제7조, 고문 또는 잔혹하고 비인간적이거나 굴욕적인 대우나 처벌로부터의 자유). 위원회는 기록 미비, 자원이나 거주자의 잠재력과 조화되지 않아 거주자를 무력화시키는 돌봄, 요실금에 대한 돌봄의 부족, 음식과 물의 제공에 관한 인식 부족 등 요양원에 대한 조사에서 드러난 다양한 문제에 대해서도 대응하고 있었다.[51] 또한 공공 요양원과 정신 병원에서 우리형 침상을 사용하는 것을 일종의 구속으로 간주하였고, 제10조(자유와 존엄에 대한 권리)를 위반하는 것으로 보았다.[52] 아울러 존엄성은 유럽인권협약(이 협약은 제8조에서 사생활 및 가족생활에 대한 권리를 지지한다), 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약, 장애인의 권리에 관한 협약 등 다른 협약의 기본 원칙이다.

51) Cited in Northern Ireland Human Rights Commission, 2012, In Defence of Dignity: The Human Rights of Older People in Nursing Homes, http://www.nihrc.org/documents/research-and-investigations/older-people/in-defence- of-dignity-investigation-report-March-2012.pdf

52) UN Human Rights Committee, 2003, Concluding Observations: Slovakia, 22 August 2003, CCPR/CO/78/SVK, para 13, cited in Northern Ireland Human Rights Commission(2012) *op. cit.*

유럽인권재판소에 최근 제소된 사례 중 하나[53]는 거동이 매우 불편한 71세 여성이 지방 당국에서 그녀의 주간 요양 지원금을 줄이자 민원을 제기한 건이었으며, 돌봄 수당의 감소가 존엄성과 사생활 존중의 권리를 침해하게 된다면 인권 침해로 해석될 수 있는가를 검토한 사건이었다. 민원인의 돌봄 수당 감소는 화장실 사용을 보조하는 야간 간병인 대신 요실금 패드와 흡수 기능이 있는 침대시트를 제공함으로써 야간 배변 요구를 충족시킬 수 있다는 지방 당국의 결정에 따른 것이었다. 재판소는 신청자의 돌봄 수당 축소 결정으로 인해 실제로 요실금이 아닐 때에도 요실금 패드를 사용해야만 했다면 이 결정이 가족과 사생활을 존중할 권리를 침해했다고 판단했다. 재판소는 2008년 11월 21일부터 2009년 11월 4일 동안 협약 제8조(사생활과 가정생활에 대한 권리)를 위반하였다고 판결했다. 민원인의 권리에 대한 침해가 이 기간에 적용된 국내법과 부합하지 않았기 때문이다. 그러나 재판소는 2009년 11월 4일 이후 기간에 관한 신청인의 민원을 받아들일 수 없다고 판결했다. 희귀한 자원의 분배에 관한 결정에 대해서라면 국가의 재량권이 크고, 따라서 신청인의 권리 침해가 "민주주의 사회에서 필요하다"고 판단했기 때문이다.

구속력이 없는 시민 단체 지침은 존엄성에 더 많은 관심을 기울인다. 세계인권선언 제1조는 모든 사람은 태어날 때부터 자유롭고 존엄성과 권리가 평등하다고 선언하며, 이는 노인을 위한 유엔원칙(UNPOP)에도 포함되어 있다.[54] 마드리드 국제고령화행동계획(Madrid International Plan of Action on Ageing, MIPAA),[55] 경제위원회의 유럽 지역 이행 계획(2002)[56], 고령화장관회의(2012)[57]는 모두 시설 생활이 불가피할 때 존엄성과 개별성의 유지가 중요하

53) McDonald v. the United Kingdom(no. 4241/12).
54) UN Principles for Older Persons, 1991, http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OlderPersons.aspx
55) Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002, www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf
56) Economic and Social Council, 2002, Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing, http://undesadspd.org/LinkClick.aspx?fileticket=bRh2R09UA6g%3d&tabid=330.
57) Economic and Social Council, 2012, Vienna Ministerial Declaration, http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Ministerial_Conference_Vienna/Documents/ECE.AC.30-2012- 3.E.pdf

다는 점을 강조했다. 존엄성에 대한 권리는 (구속력이 없는) 장기 요양과 도움이 필요한 노인들의 권리와 책임에 대한 유럽 헌장의 첫 번째 조항에 설명되어 있다. 이는 각 개인의 신체적, 성적, 심리적, 정서적, 재정적, 물질적 복지에 대한 존중과 보호 및 방치와 학대로부터의 보호로 광범위하게 설명된다.

6) 사생활과 가족생활에 대한 권리

사생활과 가족생활을 존중할 권리는 세계인권선언(제12조), 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약(제17조), 장애인의 권리에 관한 협약(제22조), 유럽인권협약(제8조)에 명시되어 있다. 개정 유럽사회헌장의 제23조는 개인의 정체성과 사적 공간에 대한 거주자의 권리를 존중할 것을 명시한다. 여기에는 옷을 입거나 목욕할 때의 품위와 다른 사람이 자신의 개인적인 상황을 논의할 때의 사생활이 포함된다. 사생활에 대한 권리는 또한 개인의 도덕적, 신체적 완전성의 침해를 다루며,[58] 개인의 동의 없이 개인 위생 관리나 치료가 이루어질 수 있는 상황,[59] 개인적 위험과 관련된 결정을 내릴 수 있는 개인의 권한,[60] 개인의 정체성에 대한 존중을 보호하기 위한 조치 등을 다루며, 옷차림에 대한 개인적 선택 등과 같은 사안도 포함된다.[61]

사생활에 대한 권리는 또한 개인과 타인과의 관계를 포함하며, 이는 장기 요양의 맥락에서 특히 중요하다. 거주자가 가족 및 친구와 쉽게 연락하기 위해 타인에게 의존하는 경우가 많기 때문이다. 요양제공자들은 돌봄을 받는 사람들이 가족과의 연락을 유지하고, 같이 살고 싶어하는 배우자나 동성 커플을 수용할 수 있도록 합리적인 조치를 취해야 한다.[62] 사생활에 대한 권리는 조건부 권리(qualified right)로서 특별한 상황에서는 그러한 권

58) X and Y v. Netherlands(no. 8978/80).
59) Storck v. Germany(no. 61603/00).
60) X v. Belgium(no. 7628/76).
61) McFeeley v. UK(no. 8317/78).
62) See: McCotter v. UK(no. 18632/91).

리의 침해가 허용된다.

(구속력 없는) 장기 요양과 도움이 필요한 노인들의 권리와 책임에 대한 유럽 헌장 제3조에 명시된 사생활 권리는 개인이 원할 경우 시간과 개인적 공간을 가질 권리뿐 아니라 각 개인의 사적 공간과 품위에 대한 존중을 포함한다. 통신, 데이터, 돌봄 관련 논의의 비밀 보장에 대한 권리도 보호된다. 또한 많은 자발적 헌장이 거주형 요양시설 자체가 노인들에게는 주거지라는 점을 감안하여 노인이 그 운영방식에 관한 발언권이 있어야 한다고 주장한다.[63] 이 권리는 옹호 단체나 거주자 협의회의 보장을 통해 요양원에서 더 큰 범위로 실현되고 있다. 이런 단체들이 거주자들로 하여금 요양원 생활의 특정 부분에 대해 집단적이고 공식적인 요구를 할 수 있도록 해 주기 때문이다.

7) 참여와 사회적 통합에 대한 권리

참여와 사회적 통합을 다룬 많은 국제 인권 협약이 더 넓은 사회로의 참여를 명시한다. 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약 제25조는 공무 수행에 참여하고 투표할 권리를 규정한다. 참여와 통합이라는 목표를 달성하기 위해서는 교육, 고용, 의료, 사회 복지 시스템, 교통, 기술, 사회가 노인들에게 접근 가능하고 적절한 수준이 되도록 조정되어야 한다.[64] 지역사회에의 참여는 또한 거주 요양시설 내 지역사회를 의미하기도 하며, 요양원이 레크리에이션 활동이나 이벤트를 노인들에게 열어주고 쉽게 참여할 수 있도록 해야 한다.[65] 참여는 권리인 동시에 장애인의 권리에 관한 협약의 기본 원칙이며, 이 협약은 모든 장애인이 지역사회에 완전히 통합되고 참여할 권리를 누릴 수 있도록 당사국이 효과적이고 적절한 조치를 취할 의무가 있음을 인정한다. 장애인권리위원회는 당사국이 법적 후견을 받고

63) c.f. http://www.sa.agedrights.asn.au/resi See: McCotter v. UK(no. 18632/91). dential_care/preventing_elder_abuse/rights_of_older_person
64) OHCHR, 2012, *op. cit.*
65) Cited in Northern Ireland Human Rights Commission, 2012, *op. cit.*

있는 사람을 포함하여 장애인으로 하여금 투표나 공무에 참여하지 못하게 해서는 안 된다고 지적했다.[66] 참여의 권리는 선택과 자율성의 권리와 밀접하게 관련되어 있으며, 생활과 보건의료에 영향을 미치는 결정에 대한 참여도 이에 해당한다. 장애인의 권리에 관한 협약의 제4조 제3항은 당사국에 "현 협약 이행을 위한 법안과 정책의 개발과 시행, 그리고 장애인 관련 의사결정을 하는 과정에서 장애인 대표단체를 통해 장애인들과 긴밀한 협의와 활발한 참여를 유도할" 것을 촉구한다.

세계인권선언 제26조, 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약의 제13조, 장애인의 권리에 관한 협약의 제24조도 교육에 대한 모든 사람의 권리를 인정한다. 유엔 경제·사회·문화적권리위원회는 노인들이 평생 동안 적절한 교육 프로그램과 훈련을 받을 수 있어야 한다고 명시했다. 유럽인권협약의 제2조 의정서1은 어느 누구도 교육을 받을 권리를 거부당하지 않는다고 명시했고 개정 유럽사회헌장의 제15조는 당사국이 일반 제도를 통해, 혹은 불가능한 경우 민관의 특수 기관을 통해 장애인에게 지도, 교육, 직업 훈련을 제공하기 위한 필요 조치를 취하도록 요구한다.

구속력이 없는 협약과 문건은 특히 참여와 사회적 통합에 대한 권리에 특별한 관심을 기울인다. 참여는 노인을 위한 유엔원칙 중 하나다. 이 원칙에 따르면 노인은 사회에 계속 통합되어 있어야 하며, 노인의 안녕에 직접적인 영향을 미치는 정책의 수립과 실행에 적극적으로 참여하고, 지식과 기술을 젊은 세대와 공유해야 한다. 노인을 위한 유엔원칙은 또한 노인들이 적절한 교육과 훈련 프로그램에 접근할 수 있어야 하며, 잠재력을 최대한 개발할 수 있는 기회를 추구할 수 있어야 한다고 규정한다. 결과적으로 요양시설은 거주자에게 다양한 교육 프로그램을 제공하고, 이러한 프로그램이 거주자의 요구와 요청을 충족하

66) CRPD Committee, 2014, *General Comment No.1*, http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement

도록 해야 한다. 장기 요양과 도움이 필요한 노인들의 권리와 책임에 대한 유럽 헌장의 제6조 역시 지속적인 의사소통, 사회 참여, 문화 활동에 대한 권리를 규정한다. 노인 권리에 관한 시카고 선언은 독립적으로 생활하고 지역사회에 통합되며 사회, 문화, 정치 생활에 참여할 수 있는 권리를 규정한다.

8) 표현의 자유, 사상과 양심의 자유: 신념, 문화, 종교

표현의 자유, 사상과 양심의 자유에 대한 (조건부) 권리는 투표권과 공무 참여 권리를 포함하며 다양한 국제 인권 협약의 지지를 받는다. 표현의 자유에 대한 권리는 정보를 받고 전달할 권리도 포함하며, 장애인의 권리에 관한 협약은 더 나아가 이러한 정보가 적시에 추가 비용 없이 다양한 유형의 장애에 적합한 사용 형식과 기술로 제공되어야 한다고 규정한다(제21조). 인권위원회는 교육, 의료, 고용 또는 해당 협약의 제25조와 기타 조항에 의해 보장된 권리에 대한 접근을 제한하려는 의도 또는 효과가 있는 정책이나 관행은 자신이 선택한 종교나 신념을 가지거나 채택할 자유를 저해할 수 있는 강요받지 않을 권리와 상반된다고 명시한다(제18조 제2항). 비종교적 성격의 신념을 가진 사람들도 모두 동일한 보호를 받는다. 아울러 인권위원회는 당사국에 "특히 모든 사람이 종교 또는 신념과 관련하여 예배하거나 집회할 수 있고, 이러한 목적을 위한 장소를 설립하고 유지할 권리를 보장할 것"을 촉구한다.[67]

9) 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강에 대한 권리

국제 인권 프레임워크는 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강에 대한 권리를 보호하는 많은 조치를 포함하며, 이러한 조치는 노인들이 차별 없이 이용 및 접근이 가능

67) Human Rights Council, 2007, Resolution 6/37, ap.ohchr.org/Documents/E/HRC/resolutions/A_HRC_RES_6_37.pdf

하며 적정한 가격과 수용 가능한 양질의 의료 시설, 재화, 용역을 요구한다. 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약의 제12조는 당사국이 질병 발생 시 모든 사람에게 보건의료 서비스와 의료 조치를 보장할 수 있는 환경을 만들 것을 지도하고 있다. 유엔 경제·사회·문화적권리위원회는 예방, 치료, 재활 의료의 요소를 결합한 통합 치료 모델의 중요성을 강조한다.[68] 또한 위원회는 최종 견해에서 노인의 건강을 위한 국가적 전략의 필요성과 노인에게 보건의료 서비스의 이용가능성, 접근성, 수용 가능성, 품질을 보장해야 하는 당사국의 의무에 이목을 집중시킨 바 있다.[69] 아울러 위원회는 건강에 대한 권리의 보장을 위해 치료가 "적시에 적절하게" 제공되어야 한다고 주장했다.[70] 거주자의 건강권 존중을 위해 치매에 투약을 지속하거나 혹은 향정신성 약물을 지속 투약하는 것이 적절한지를 비롯하여 약물사용에 대한 정기적 검토가 필요하다. 더욱이 의사결정 능력이 있는 거주자에게는 검토 절차를 진행하면서 특정 약물사용의 위험과 장점에 대해 알릴 수 있으므로, 투약의 지속 또는 거부에 대한 동의를 받을 때 적절한 정보를 제공할 수 있다. 실제로 동의를 받지 않은 치료는 개인의 신체적, 도덕적 완전성을 침해하고 따라서 사생활에 대한 권리를 침해하는 것에 해당할 수 있다.[71]

개정 유럽사회헌장의 제23조는 노인을 대상으로 하는 프로그램과 서비스, 특히 가정 내 간호와 보건의료 프로그램의 제공을 의무화한다. 또한 노인과 관련된 심리적 문제에 대한 정신 건강 프로그램, 적절한 완화 치료 서비스, 예방과 인식 제고와 같은 건강 증진을 위한 조치 등을 요구한다. 유럽회의의 유럽평의회(Parliamentary Assembly, PACE)는 보건의료 체계를 개선하고 모든 노인이 접근할 수 있도록 하여, 특히 영양 섭취에 특별한 주의를

68) ESCR, *General Comment No. 14, op. cit.*
69) E/C.12/NDL/CO/4-5.
70) CESCR, 2000, General Comment No. 14, *op. cit.*
71) See: MAK and RK v. UK(nos. 45901/05 and 40146/06). See also: Glass v. UK(61827/00) and X and Y v. Netherlands(no. 8978/80).

기울인 적절한 보건의료 서비스를 받을 수 있도록 해야 한다고 강조했다.[72] 인권 전문가들은 기존 협약들이 노인 권리의 완전한 보호와 실현을 위한 이행에 필요한 구속력 있는 기준과 구체성 정도에 관한 합의된 규범을 제시하지 못한다고 주장한다.[73] (구속력 없는) 장기 요양과 도움이 필요한 노인들의 권리와 책임에 대한 유럽 헌장은 각 개인의 개별 요구에 맞춘 양질의 맞춤형 치료에 대한 권리를 주장한다. 이를 위해서는 각 개인의 배경과 과거 생활 방식(예: 식사 시간, 잠자리, 선호도)도 고려해야 하지만, 구속력 있는 인권 협약이 이 권리를 규정하고 있지는 않다.

10) 적절한 생활 수준에 대한 권리

경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 제11조와 장애인의 권리에 관한 협약 제28조는 적절한 음식과 주거, 생활여건의 지속적인 개선을 비롯한 적절한 생활 수준에 대한 권리를 인정한다. 따라서 요양원에 있는 노인들이 적절한 음식과 물 또는 의료 지원 제공과 같은 기본적이고 필수적인 수준의 돌봄을 받지 못하는 경우라면, 정부가 이 국제규약에 따른 의무를 위반하고 있을 가능성이 있다.[74] 더불어 국가는 점진적 실현 및 가용 자원 내에서 퇴행(악화) 방지를 보장할 책임이 있다. 앞서 언급한 바와 같이, 유엔 경제·사회·문화적권리위원회는 당사국이 적절한 수의 직원을 확보하고, 최근 채택된 직무훈련 기준에 따라 간호 인력을 훈련하고, 노인의 상황을 개선하기 위해 요양원에 대해 보다 철저한 검사를 실시하고, 요양원의 비인간적 환경을 개선할 필요가 있다는 점을 강조했다.[75]

72) Parliamentary Assembly of Europe, 2007, Recommendation 1796: The situation of elderly persons in Europe, http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta07/erec1796.htm
73) OHCHR, 2012, *op. cit.*
74) Northern Ireland Human Rights Commission, 2012, *op. cit.*
75) Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2011, Concluding Observations, Germany, E/C.12/DEU/CO/5.

11) 평등과 차별금지

시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약이나 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약 모두 연령에 따른 차별을 명시적으로 언급하지 않는다. 그러나 인권위원회는 "합리적이고 객관적인 기준에 의하지 않은 연령 관련 차별은 기타 지위를 근거로 한 차별에 해당할 수 있다"고 명시했다. 마찬가지로, 유엔 경제·사회·문화적권리위원회의 일반 논평 6호[76]는 '기타 지위'에 근거한 차별이 연령에 적용되는 것으로 해석될 수 있다는 지침을 내놓았다. 유럽인권협약 또한 '기타 지위'를 이유로 한 차별에 대한 언급이 있다. 그러나 앞서 언급한 바와 같이 유럽인권협약 제14조에 따라 차별을 금지할 단독 권리는 없다. 2009년 유럽연합 조약 제19조와 유럽연합의 기본권헌장 제21조에는 모두 연령과 관련된 차별 금지 조항이 포함되어 있다. 개정 유럽사회헌장은 연령 관련 차별을 근절하기 위한 명확한 근거를 제공한다.

장기 요양에 있는 노인들의 다양성을 감안할 때, 차별 금지 법안은 차별의 근거에 인종과 민족, 종교, 장애, 성적 지향과 성별도 포함한다는 점에 주목해야 한다. 그러나 유럽연합 기본권기구[77]가 기존 유엔 조약을 검토한 결과 차별의 각 근거를 다른 모든 근거와 분리하여 개념화한 '단일 근거 접근방식'이 유럽연합법뿐만 아니라 유엔법의 바탕이 되며 국내법에도 반영된다는 점이 드러났다. 예를 들어, 모든 형태의 인종차별 철폐 협약(International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, ICERD)은 인종 차별만을 금지하고 성별은 다루지 않는다. 따라서 성별과 인종을 근거로 한 차별 관련 불만을 모니터링 위원회에 제기하는 것이 불가능하다. 유럽인권협약 제14조와 의정서

76) CESCR, 1995, General Comment No. 6, The Economic, Social and Cultural Rights of Older Persons, http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/482a0aced8049067c12563ed005acf9e?Opendocument
77) FRA, 2013, Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare, http://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare_en.pdf

12는 다수의 차별 근거를 인용하므로 이론적으로 한 가지 이상의 사유를 근거로 한 민원 제기가 가능하지만 유럽인권재판소는 다중차별이라는 용어를 사용하지 않는다. 또한 유럽인권협약에서는 보건의료에 대해 기술한 조항을 찾아볼 수 없다. 보건의료와 관련된 문제가 다른 관련 조항에 포함되어 있을 수 있지만 보건의료에 대한 접근이 문제라면 제14조(사안이 다른 유럽인권협약 권리 영역 내에 있는 경우에만 발동할 수 있는 조항)의 위반으로 불만을 제기하기 어렵다.

유럽연합 법률 체계는 성별, 인종 또는 민족, 종교 또는 신념, 장애, 연령 또는 성적 취향의 여섯 가지 이유로 차별을 금지한다. 그러나 연령 차별은 현재 고용 평등 지침 2000/78/EC에 의거해서만 보호되므로 장기 요양 또는 요양 중 권리에 대한 접근과는 관련이 없다.

2008년에 상정된 수평적 지침(Horizontal Directive)은 종교나 신념, 장애, 연령, 성적지향 항목 모두에 대해 보호 수준을 균등하게 하여 사회적 보호, 사회적 혜택, 교육, 재화와 용역에 대한 접근과 관련하여 민간과 공공부문 모두에서 차별을 금지할 것을 제안했다. 그러나 상정된 지침은 유럽이사회에서 여전히 통과되지 못했다.

12) 사법 접근과 효과적 구제책에 대한 권리

효과적인 구제책에 대한 권리는 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약의 제3조, 유럽인권협약의 제13조(및 제6조는 공정한 재판을 받을 권리를 규정한다), 유럽연합의 기본권헌장의 제47조의 지지를 받는다. 사법 접근 권리는 장애인의 권리에 관한 협약 제13조에 명시되어 있다. 사법 접근이라는 개념은 협약에 따라 다르지만 광범위하게는 법에 따라 공정하게 대우받을 권리를 의미하며, 국가에 권리가 침해된 개인에게 구제책과 배상뿐 아니라 평등한 법의 보호를 제공할 의무를 부여한다. 평등한 법의 보호는 일반적으로 법원에서 사건을 신

속하게 심리하는 것을 의미하며[78] 실질적으로 주로 무료 법률 구조와 공정한 재판에 대한 접근을 의미하지만 국가인권기구, 평등성 기구와 옴부즈맨 기관, 유럽연합 수준의 유럽 옴부즈맨과 같은 장치를 통해 보다 광범위한 달성이나 지원이 가능하다. 구제책과 배상의 형태로 사법권에 접근하는 것은 하나의 과정이며 애초에 위반을 초래했던 근본적인 불평등을 해결할 수 있을 정도로 큰 변화를 가져올 수 있어야 한다. 나아가 인권을 보호하기 위해서는 사법제도의 효과적인 기능수행과 침해에 대한 시의적절한 구제가 필요하다. 유럽인권재판소는 사건이 "합리적인 시간 내에" 처리되었는지 여부를 고려하는 데 있어 고령이라는 요인이 중요할 수 있으며, 따라서 협약 제6조 제1항에 따른 신속한 재판 요건을 강화할 수 있다고 판결했다.[79] 배상을 제공하기 위해 어떤 수단을 사용하든지 구제책은 실질적으로도 이론과 법률 상으로도 유효해야 한다.[80]

요양원장과 관리자를 포함한 의무 이행자도 유럽인권협약에 따라 다음과 같이 인권을 증진하고 보호할 적극적인 의무가 있다.

- 거주자의 권리와 요양, 요금과 서비스, 시설 규칙과 규정, 불만 처리 절차에 대한 정보를 거주자에게 접근 가능한 형식으로 제공
- 인권을 침해하는 행위를 억제
- 개인이 보복에 대한 두려움 없이 인권이나 안녕에 대한 침해를 신고할 수 있는 효과적인 불만 제기 수단의 마련
- 거주자들에게 독립적인 제3자 변호 서비스에 대한 접근을 잠재적으로 제공.[81]

78) HRC, 2007, General Comment No. 32, Article 14: Right to equality before courts and tribunals and to a fair trial, http://www.refworld.org/docid/478b2b2f2.html
79) Süssmann v. Germany(no. 20024/92), Jablonská v. Poland(no. 60225/00).
80) Kudla v. Poland(30210/96).
81) Equality and Human Rights Commission, 2011, Close to Home: An inquiry into older people and human rights in home care, http://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/publication_pdf/Close%20to%20home.pdf

라. 완화와 임종 치료

장애인의 권리에 관한 협약의 동의 원칙은 요양의 중단과도 관련된다. 장기요양시설에 개인이 지속적으로 머무를 때는 개인의 의사를 정기적으로 확인해야 한다. 국제적으로도 지역적으로도 인권 프레임워크가 임종과 완화 치료 문제를 검토한 경우는 상대적으로 드물다. 유엔 경제·사회·문화적권리위원회는 노인의 건강권 실현과 관련하여, "만성 및 말기환자에 대한 관심과 돌봄이 [중요]하고, 피할 수 있는 고통을 덜어주고 존엄하게 죽을 수 있도록 한다"고 명시하였으며,[82] 개정 유럽사회헌장의 제23조는 적절한 완화 치료 서비스의 제공을 의무화한다. 유럽인권협약 제2조 및 제8조는 퇴원 시 적절한 돌봄 조치를 받을 권리를 규정한다.[83]

임종 문제에 대한 가장 상세한 기준은 구속력이 없는 유럽회의 회원국에 대한 유럽평의회 권고이다. 이 권고는 국가가 말기환자 또는 임종자의 포괄적인 완화 치료에 대한 권리와 자기결정권을 인정하고 보호하도록 독려하는 동시에 말기환자나 임종자의 생명을 고의로 빼앗는 행위를 금지한다.[84] (구속력 없는) 장기 요양과 도움이 필요한 노인들의 권리와 책임에 대한 유럽 헌장은 노인이 개인의 희망에 따라 그리고 거주 국가의 국내법이 정한 한도 내에서 존엄하게 죽을 권리가 있다고 명시한다. 또한 임종 시 동정적인 도움과 완화 치료를 받을 권리 및 통증 완화 치료를 받을 권리가 있다고 규정한다.

마. 직원과의 관계와 권리

각 요양원 거주자와 직원과의 관계는 그 자체로 인권은 아니지만, 장기요양시설에 있

82) CESCR, 2000, General Comment No. 14, *op. cit.*
83) http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Elderly_ENG.pdf
84) Parliamentary Assembly of Europe, 2007, *op. cit.*

는 노인의 모든 인권 실현에 핵심적이기 때문에 강조된다. 직원은 거주자의 생명권을 안전하고 고문으로부터 자유롭도록 존중할 의무가 있을 뿐만 아니라, 일상 생활과 돌봄에 영향을 미치는 결정에 있어 거주자를 동등한 파트너로 참여하게 할 의무가 있다. 직원은 고용이 안정적이고, 각 거주자와 그 가족과 효과적인 공식, 비공식 의사 소통 채널이 있는 경우에만 이를 수행할 수 있다. 직원은 각 거주자의 개별적인 요구와 선호사항을 이해하고, 거주자의 존엄성과 사생활을 존중하고, 거주자가 의사결정을 내릴 수 있도록 지원하며, 필요한 경우 접근 가능한 형식으로 돌봄 환경, 이용 가능한 돌봄과 치료의 선택사항에 대한 정보를 제공할 수 있도록 적절한 훈련을 받고 자격을 갖추어야 한다. 각 거주자의 선택과 희망에 대한 직원의 이해여부는 동의와 동의 거부에 대한 권리의 행사를 더욱 원활하게 한다. 거주자가 어떤 경우 정보를 듣고 동의 표시를 할 능력이 부족하다고 하더라도 다른 경우에도 항상 그렇지는 않다고 가정해야 하며 거주자가 부정적인 결과를 가져올 것으로 판단되는 결정을 내릴 권리가 있음을 존중해야 한다는 점 또한 직원이 이해해야 한다.

장기요양 분야에 고용된 사람들의 권리는 그 자체로 중요한 문제이며, 또한 요양시설에 있는 사람들의 권리를 지지할 수 있는 역량에도 영향을 미치기 때문에 중요하다.[85] 직원의 권리를 상세히 설명하는 것은 본 보고서의 범위를 벗어나지만, 돌봄 노동자의 급여, 근무 시간, 휴가기간과 휴식, 감독, 직무훈련, 채용과 관련된 주요 권리는 존중되어야 한다. 사생활과 존엄성에 관한 근로자의 권리도 보호되어야 한다.

직원 배치 계획 시 거주자의 요구와 이러한 요구를 충족할 수 있는 직원의 능력을 모두 고려해야 한다.

85) 국제노동기구(ILO)는 노동 및 사회 정책에 대한 포괄적인 국제 노동 표준 시스템을 개발했으며, 이는 국가 적용시 발생하는 모든 종류의 문제 해결을 위한 감독 체계의 지원을 받는다. 여기에는 ILO 노동자 기본권에 관한 선언과 산업 보건 서비스 협약이 포함된다. http://www.ilo.org/global/standards/introduction-to-international-labour-standards/lang--en/index.htm See also: http://www.scie.org.uk/publications/guides/guide15/careworkers/

4. 결론

국제인권법에 명시된 모든 인권은 장기요양 보호를 받는 노인에게 적용된다. 그러나 특히 장기 요양에 대한 권리, 시설 요양 대신 재가 요양의 선택, 법적 능력 및 안전과 관련하여 이러한 권리가 실제로 어떻게 적용되는지에 대해 불확실한 부분이 있다. 또한 다양한 활동과 사회적 접촉을 제공하여 노인 거주자의 심리적 안녕을 보호해야 하는 의무 이행자의 책임에 대한 명확성도 부족하다. 더욱이, 요양 중 노인의 안녕에 핵심적인 많은 문제들이 구속력 있는 협약에서 다뤄지지 않으며 거주자와 요양시설 간의 계약 문제(특히 책임을 이해하는 능력이 제한적인 사람들의 경우), 돌봄 서비스에 대한 점검, 직원과의 관계를 포함해 요양 중인 노인의 책임과 관련된 내용이 부재하다.

단순히 집중적인 장기 요양을 필요로 하는 노인들을 집단으로 수용하는 것과는 대조적으로 의무 이행자가 요양시설을 실제 가정처럼 만들 책임이 있는 어느 정도인가는 인권 관련 문헌에서 거의 다루지 않는다. 불분명하게 남아 있는 또 다른 문제는 민간 요양 서비스 제공자가 국가의 의무를 수행해야하는 계약관계에 있지 않은 경우 거주자의 인권을 보호할 의무가 어느 정도까지 있느냐라는 것이다. 이러한 문제가 요양 중 노인의 일상 생활과 장기 요양 부문에 어떤 영향을 미치는지 이 프로젝트 수행 과정에서 검토할 수 있다.

부록 1: 국제 인권 프레임워크

서문

인권은 모든 개인의 기본적이고 축소할 수 없는 권리이며, 민주 사회의 핵심인 도덕적, 윤리적 원칙을 나타낸다. 인권은 존엄성, 자율성, 평등, 공정성, 존중과 같은 기본 가치를 기반으로 한다.[86] 인권은 모두 상호 연관되고 상호 의존적이며 불가분의 관계에 있다. 또한 연령, 성별, 시민권, 국적, 인종, 민족, 언어, 성적 지향, 능력에 관계없이 모든 개인에게 적용되는 보편적 권리다. 유럽에 거주하는 개인의 인권은 국제 인권법, 일련의 국제(유엔) 및 지역(유럽회의 및 유럽연합) 인권 협약, 1945년 이후 전 세계적으로 채택된 기타 협약을 통해 보호된다.

최근에는 노인의 권리가 얼마나 잘 보호되는지를 고려한다. 여성, 아동, 소수 민족, 장애인의 권리에 관한 다른 협약과 달리 노인 인권을 보호하기 위해 명시적으로 지정된 협약은 없다. 많은 옹호단체가 노인, 특히 장기요양 중인 노인들이 권리를 유지하는 데 특히 어려움을 겪는다고 주장해 왔다.[87] 2010년 유엔은 유엔 개방형고령화실무그룹을 수립해 노인 인권 보호를 강화하고자 노력하고 있지만 노인인권협약의 필요성에 대한 회원국들의 의견은 엇갈리고 있다.

그러나 노인 인권에 대한 명확성의 부족으로 인하여 노인의 권리를 보장하는 데 약간의 문제가 발생할 수 있다. 예를 들어, 이전에 유럽국가인권기구 네트워크 10개국[88]이 장기

86) Equality and Human Rights Commission, 2011, *op. cit.*

87) Help Age International, 2010, Strengthening Older People's Rights: Towards a UN Convention, http://social.un.org/ageing-working- group/documents/Coalition%20to%20Strengthen%20the%20Rights%20of%20Older%20People.pdf, The Global Alliance for the Rights of Older People, 2015, In Our Own Words: What older people say about discrimination and human rights in older age: A consultation by the Global Alliance for the Rights of Older People, http://www.rightsofolderpeople.org/new-garop-report-in-our-own-words/

88) 오스트리아, 보스니아 헤르체고비나, 독일, 영국, 헝가리, 리투아니아, 네덜란드, 북아일랜드, 노르웨이, 세르비아.

요양노인의 인권에 대해 수행한 모니터링 작업은 10개의 구속력 있는 협약과 국제인권기구에서 작성한 7개의 권고안을 참조했다. 그러나 각 보고서는 이러한 문건 중 4~5개에만 초점을 맞추고 있으며 이는 잠재적으로 노인이 직면한 몇 가지 주요 문제가 간과될 수 있음을 의미한다.

유엔 기준

노인 인권과 장기 요양과 관련하여 유엔이 모니터링하는 구속력 있는 인권 조약은 일곱 가지가 있다.

- 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약(ICCPR)[89]
- 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(ICESCR)[90]
- 유엔 고문 방지 협약(CAT)[91]
- 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약(CEDAW)[92]
- 모든 형태의 인종 차별철폐에 관한 국제 협약(CERD)[93]
- 모든 이주 노동자와 회원들의 권리 보호에 관한 국제 협약(ICMW)[94]
- 장애인의 권리에 관한 협약(CRPD)[95]

모든 협약에는 생명권을 포함하여 유사한 조항이 많이 포함되어 있다. 법 앞의 평등(및 이에 따라 완전한 법적 능력에 대한 권리), 존엄, 평등, 사생활, 교육, 가정과 가족생활에 대한 존중, 사유재산, 적절한 생활 수준, 도달 가능한 최고 수준의 건강, 자신의 삶과 돌봄에 영

89) http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx
90) http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx
91) http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx
92) http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/
93) http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx
94) http://www2.ohchr.org/english/bodies/cmw/cmw.htm
95) http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=150

향을 미치는 의사결정에의 참여, 지역 사회의 문화 생활에의 참여, 사회 보장과 자유: 이동의 자유(및 구속되지 않을 자유), 학대와 고문으로부터의 자유, 사상, 신념(제19조), 종교를 실천할 자유에 대한 권리 등이다.

장애인의 권리에 관한 협약이 이 프로젝트의 목적을 위한 핵심 협약라는 점은 틀림없다. 이 협약은 2006년 유엔 총회에서 채택되어 2008년부터 시행되고 있는 가장 최근의 유엔 글로벌 협약이다. 이 협약은 1980년대 장애 전문가 그룹이 장애인 차별 철폐에 관한 새로운 협약이 필요하다고 주장하면서 탄생했는데, 기존의 인권 조약이 이러한 목적에 충분하지 않았기 때문이었다. 유럽에서는 전체 인구의 15퍼센트인 8천만 명이 장애가 있다. 이 중 45.4퍼센트가 65세 이상이다. 실제로 75세 이상 유럽인의 약 60퍼센트가 건강 문제로 인해 일상 활동에 제약이 있다고 보고했다(Lafortune and Balestat, 2007; OECD, 2011a; 그림 1.3). 유럽의 거주형 요양시설에서 생활하는 노인의 60~80퍼센트는 일종의 치매(미진단 치매 포함)를 앓고 있는 것으로 추정되며, 이 중 약 80퍼센트는 경증에서 중증이다. 고령자의 상황은 장애인의 권리에 관한 협약의 본문에 명시적으로 인지되어 있다. 즉 제25조 건강에 대한 권리와 제28조 적절한 생활 수준에 대한 권리가 이 같은 내용을 다룬다. 아울러 유럽연합 자체가 협약의 당사국이 되어 유럽연합 및 산하기관 내에서 이 문제를 최우선 과제로 삼고 있다.

장애인의 권리에 관한 협약이 "장기적인 신체적, 정신적, 지적, 감각적 손상"을 명시적으로 정의하지는 않지만, 기존 기준은 치매가 인권법의 의미 내에서 정신 장애의 한 형태라고 규정한다. 장애인의 권리에 관한 협약은 제3조에 명시된 여러 원칙을 기반으로 한다.

a 고유의 존엄성, 스스로 선택할 자유를 포함한 개인의 자율성, 개인의 독립성에 대한 존중

b. 차별금지

c. 완전하고 효과적인 사회 참여와 통합

d. 인간 다양성과 인류의 일부로서 장애인의 차이에 대한 존중과 수용

e. 기회의 평등

f. 접근성

g. 남녀 평등

h. 장애아동의 발전 능력의 존중 및 장애아동이 자신의 정체성을 보존할 권리 존중

장애인의 권리에 관한 협약은 모든 장애인이 모든 인권과 기본적 자유를 완전하고 평등하게 향유하도록 증진, 보호, 보장하고, 장애인의 고유한 존엄성에 대한 존중(제1조)과 가정과 가족에 대한 존중(제23조)을 증진하는 것을 목표로 한다. 또한 장애인이 최대한의 독립성, 완전한 신체적, 정신적, 사회적, 직업적 능력과 삶의 모든 측면에서의 완전한 통합과 참여를 달성하고 유지할 수 있도록 하는 당사국의 책임을 강조하며(제26조), 이는 활동의 이용 가능성과 사회적 자극을 의미한다.

장애인의 권리에 관한 협약은 여러 인권 문제에 대해 기존 협약과는 다른 관점을 제시한다. 예를 들어, 2014년 장애인권리위원회에서 발표한 제14조에 관한 지침은 장애를 이유로 한 구금의 절대적 금지를 강력하게 지지한다. 이와 같이, 국가가 개인의 의사에 반하여 시설에 거주하도록 강요하는 것은 협약 제14조에 위배된다. 아래에 상술되어 있듯이, 이러한 입장은 특정 상황에서는 자신의 의지에 반해 시설 보호를 받는 것이 허용된다는 다른 유엔과 유럽회의 위원회 및 법원의 입장과 대조된다. 그러나 다른 유엔과 유럽회의 협약 기구와 법원도 장애인의 권리에 관한 협약을 감안하고 있으며, 이 협약의 "권리 기반" 철학[96]이 다른 협약의 해석에 영향을 미치고 있다는 분위기가 감지된다.[97]

96) See for example www.cuts-international.org/CART/pdf/Dis-Ability_Junction_03-2011.pdf
97) E.g. Council of Europe Commissioner for Human Rights, 2012, *op. cit.*

각 당사국은 비준한 각 협약에 대한 정기 보고서를 (보통 4~5년마다) 제출해야 하며 해당 보고서는 협약에 있는 권리를 각 국이 어떻게 이행하고 있는지 설명한다.[98] 해당 보고서는 전문가 위원회에서 검토하여 우려 사항과 권고 사항을 발표한다. NGO는 '그림자 보고서'를 작성할 수 있고, 위원회가 당사국 보고서와 함께 해당 보고서를 검토한다. 일부 협약에는 선택적 메커니즘이 있어 국가가 채택 여부를 선택할 수 있으며, 이는 개인이 자신의 권리가 침해되었다는 구체적인 진정을 관련 위원회에 제출할 수 있음을 의미한다. 불만이 있는 개인은 이 협약에 따라 해당 위원회에 진정을 제기할 수 있지만 먼저 국내 사법제도를 통해야 한다.

유엔은 또한 노인 치료에 지침이 되는 '연성'법을 개발했다. 법적 구속력은 없지만 다양한 문서가 본 프로젝트에 여전히 중요한 역할을 한다 유엔의 구속력 있는 협약을 이행하는 방법에 대한 지침을 제공하고 유럽 정부가 이행을 약속하기 때문이다.

비엔나 국제 고령화 행동 계획(Vienna International Plan of Action on Ageing, 1982)[99]은 고령화에 관한 정책과 프로그램을 안내한 최초의 국제 협정이었으며 나중에 마드리드 국제고령화 행동계획[100]으로 변경되었다. 노인을 위한 유엔원칙은 1991년 12월 16일 유엔 총회에서 채택되었으며(결의안 46/91)[101] 각 정부에 이를 국가별 프로그램에 통합할 것을 권장했다. 여기에는 독립, 참여, 돌봄, 자기 성취, 존엄의 다섯 가지 원칙이 있다. 이 원칙은 노인들이 처한 상황이 지극히 다양하며, 노인이 사회의 지속적인 활동에 참여하고 기여할 수 있는 기회를 제공해야 한다는 점을 인정한다. 전반적으로 이 원칙은 유엔의 핵심 인권 조약, 특히 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약을 강력하게 보완하는 동시에 각

98) 부록1은 각 협약을 비준한 국가 목록이다.
99) www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf
100) www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf
101) http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OlderPersons.aspx

개인의 개인적 선호와 변화하는 역량을 증진할 필요성을 강조한다.

2002년 4월에 개최된 제2차 세계고령화총회에서 채택된 마드리드 국제고령화 행동계획과 정치 선언[102]은 노인문제만을 독점적으로 다루는 유일한 국제 협약으로 세 가지 목표를 가장 중시한다. 노인과 발전, 건강과 안녕을 노년으로 이어가는 것, 역량을 강화하고 지원하는 환경의 보장이다. 보건의료 및 사회적 돌봄에 대한 목표는 노인의 요구를 충족하기 위한 연속적 의료의 개발 및 보건의료와 사회적 돌봄 서비스의 계획, 구현, 평가와 자신의 요양과 관련된 의사 결정에 대한 노인의 참여에 중점을 둔다.[103]

마드리드 국제고령화 행동계획은 2002년 유럽경제위원회(Economic Commission for Europe)가 개발한 지역 시행 전략으로 보완되었다. 이 전략은 요양과 관련하여 유럽 노인의 권리에 대해 다음과 같이 명시한다.

> *노인은 가능한 한 다양한 장기 요양 옵션 중에서 선택할 권리가 있어야 한다. 이것이 불가능할 때 마다 노인의 법정 대리인이 노인의 요양장소에 대해 동의해야 한다.[104] 노인병학적, 노인학적 평가는 시설 생활이 필요한지 여부를 결정하는 효과적인 도구다. 시설 수용이 불가피한 경우에는 노인의 존엄성과 개별성을 보호하는 것이 필수적이다.*
>
> *정신 질환으로 고통받는 환자의 구체적 요구를 충족시키기 위해 요양원과 노인병 센터가 개발되어야 한다. 여기에는(신체적, 심리적, 사회적) 다학제적 노인병학 및 노인학 평가, 상담, 간병 치료, 재활이 포함되며 요양보호사를 위한 특별 교육 계획도 수반된다.[105]*

102) http://undesadspd.org/Ageing/Resources/MadridInternationalPlanofActiononAgeing.aspx
103) Para 74-77.
104) 이 동의 대리 사안은 장애인의 권리에 관한 협약의 조건 내에서 개정되었다.
105) http://undesadspd.org/LinkClick.aspx?fileticket=bRh2R09UA6g%3d&tabid=330, para 59-60.

지역 전략은 또한 거주용 주거 시설에 높은 전문성 기준이 적용되고, 사회적 배제를 피할 수 있다면 독립 거주에 대한 적절한 대안이 될 수 있다고 제안했다.

지난 5년 동안 유엔 기구에서는 노인의 권리를 증진하고 보호하기 위한 움직임이 더욱 활발해졌다. 2010년 총회는 노인 인권 보호를 강화하기 위해 유엔의 모든 회원국에 개방된 유엔 개방형고령화실무그룹을 설립하기 위한 결의(65/182)를 채택했다.[106] 이 실무그룹은 노인인권에 대한 기존의 국제적 프레임워크를 고려하여, 발생할 수 있는 격차를 파악하고 적절한 경우 추가 수단과 조치의 현실성을 고려하여 이를 해결할 최선의 방법을 확인할 임무를 받았다.

유엔 개방형고령화실무그룹은 이 거대하고 더욱 증가중인 인구에 대한 인권 보호를 논의할 필요성이 있다는 광범위한 합의에 도달했으며 현재까지 이 문제가 적절하게 다뤄지지 않았다는 점을 인정하였다. 그러나 대부분의 라틴 아메리카와 카리브해 국가 대표자들이 새로운 협약에 찬성하는 반면 유럽 국가, 캐나다, 미국, 호주 대표자들은 기존 협약에 노인의 권리가 규정되어 있으며 보다 효과적인 시행이 노인의 권리를 보호하게 될 것이라 주장했다.

유엔 유럽경제위원회(United Nations Economic Commission, UNECE) 회원국 대표들은 2012년 9월 19일부터 20일까지 오스트리아 비엔나에서 열린 고령화 각료회의에 모여 마드리드 국제고령화 행동계획의 지역 실행 전략(RIS)을 실행하겠다는 약속을 재확인했다.[107] 각 국 장관과 대표단은 2017년까지 다음과 같은 네 가지 우선 정책 목표를 달성하기로 했다고 선언했다.

- 노동 수명 연장 장려

106) http://social.un.org/ageing-working-group/

107) United Nations Economic and Social Council, 2012, Economic Commission for Europe, Working Group on Ageing, 2012 Vienna Ministerial Declaration.

• 노인의 참여, 차별 금지, 사회적 통합 촉진

• 노인의 존엄성, 건강, 독립성의 증진과 보호

• 세대 간 연대의 유지와 강화

이들은 개인의 임종을 통해 자기결정권과 존엄성을 핵심가치로 존중하는 것이 중요하다는 것을 재차 강조하였다. 이는 특히 간호의 주된 방향이어야 하며, 직무훈련과 적절한 보수를 포함한 우수한 근무 조건을 통해 이주 간병인을 비롯하여 비공식 및 공식 요양보호사의 처우개선이 필요하다.

유럽회의(CoE) 기준

유럽회의는 노인 인권과 장기요양에 관련하여 세 가지 구속력 있는 인권 협약을 준수한다.

• 유럽인권협약(ECHR)[108]

• 유럽사회헌장(ESC)[109]과 (RESC)개정 유럽사회헌장[110]

• 고문과 비인간적이거나 굴욕적인 대우 또는 처벌의 방지에 관한 협약 [111]

유럽인권협약(구 인권 및 기본적 자유의 보호를 위한 협약)은 유럽의 인권과 기본적 자유를 보호하기 위한 국제 협약이다. 당시 새로 구성된 유럽회의가 1950년에 초안을 작성한 이 협약은 1953년 9월 3일부터 효력이 발생하였으며 47개 회원국 모두가 비준했다. 유럽인권협약은 유엔의 국제인권장전(International Bill of Human Rights)의 내용을 폭넓게 반영한다. 협약은 모니터링 체계로서 유럽인권재판소를 설립했다. 협약에 따라 당사국이 자신의 권

108) http://conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Html/005.htm
109) http://www.coe.int/T/DGHL/Monitoring/SocialCharter/
110) http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?CL=ENG&NT=163
111) http://www.cpt.coe.int/en/documents/ecpt.htm

리를 침해했다고 생각하는 사람은 누구든지 법원에 진정을 제출할 수 있다. 위반 판결은 해당 국가에 구속력을 가지며 국가는 이를 집행할 의무가 있다. 법원의 판례법은 개별 사건에 국한되지만 협약에 의해 수립된 기준의 해석과 추후 위반 방지에 필요한 구제책을 제시한다.

개정 유럽사회헌장은 법적 구속력이 있는 인권 문서로서는 유일하게 조항 본문에서 시설생활 노인의 권리를 명시적으로 명시한다. "노인의 사회적 보호"에 대한 권리를 다루는 제23조는 국가가 다음을 보장하도록 요구한다.

> […] 시설에서 생활하는 노인은 적절한 지원과 함께 사생활을 존중받으며 시설 내 생활 조건에 관한 의사결정에 참여한다.

유럽사회적권리위원회는 두 가지 별도 절차를 통해 헌장의 준수를 모니터링할 책임이 있다. 당사국이 작성한 보고서와 사회적 파트너 및 비정부기구가 제출한 집단 진정을 통해서다. 그러나 단 14개 회원국만이 집단 진정제도를 비준하였다.[112] 유럽사회적권리위원회는 이후 헌장 위반 여부에 관한 결정을 내리고 보고서를 당사국 및 각료회의에 전송한다. 헌장을 위반한 경우에 당사국은 위반 여부를 바로잡기 위한 조치 계획을 장관 위원회에 보고해야 한다. 그런 다음 유럽사회적권리위원회가 위반 사항이 개선조치 되었는지 판단한다.

개정 유럽사회헌장의 당사국은 연령에 따른 차별을 철폐할 뿐만 아니라 노인이 사회의 완전한 구성원으로서 인권을 향유할 수 있도록 적극적인 조치를 취해야 한다. 특히 국가는 양질의 삶을 영위하고 공적, 사회적, 문화적 생활에서 적극적 역할을 할 수 있도록 적

112) 벨기에, 불가리아, 크로아티아, 키프로스, 체코, 핀란드, 프랑스, 그리스, 아일랜드, 이탈리아, 네덜란드, 노르웨이, 포르투갈, 슬로베니아, 스웨덴.

절한 자원을 제공해야 한다. 헌장의 이행을 모니터링하는 전문가 위원회가 몇 가지 우려사항을 제기하였으며, 이를 통해 국가보고서를 평가할 때 의무의 범위를 결정한다. 일반적으로 위원회는 국가의 재정 자원, 지역사회 돌봄 비용, 돌봄의 가용성에 중점을 두어 "노인이 사회의 완전한 구성원으로 남을 수 있는 생활 수준"을 다룬다.[113] 위원회의 판례법에 따라 국가는 도움이 필요한 사람들에게 사회적 및 의료적 지원을 마땅한 권리로서 제공해야 하거나 혹은 해당 기구가 기술한 바와 같이 "주관적인 권리로서, 비재량적이며 때로는 예산에 종속된 권리로서" 제공해야 한다.

노인이 자신의 집에서 계속 생활할 수 없는 경우에 제23조는 국가가 노인의 건강 상태에 필요한 서비스를 제공하기 위한 조치를 취해야 한다고 규정한다. 이와 관련하여 '서비스'라는 단어에는 해당하는 경우 노인을 위한 전문 기관에의 입소가 포함된다. 이러한 서비스를 제공하기 위해서는 국가가 직접 시설을 설립하거나 다른 관련 공공 또는 민간 기관과 협력하여 설립하고, 이 시설에서 생활하는 노인의 사생활을 보호할 수 있으며 노인이 시설 내 생활 여건과 관련된 결정에 참여가 가능한 시설의 수가 충분해야 한다. 설명 보고서에서는 이러한 맥락에서 사생활에 대한 권리는 시설에 거주하는 노인의 취약한 상황을 감안할 때 특별한 보호를 보장한다고 명시하고 있다.[114] 유럽에서 사생활에 대한 권리는 정보를 공개하지 않을 권리뿐 아니라 자신의 개성을 개발하고 완성하기 위해 다른 인간 관계를 맺고 발전시킬 수 있는 권리도 의미한다.

모든 국가가 개정 헌장을 비준한 것은 아니며 당사국이 비준에 따른 모든 의무를 받아들여야 하는 것은 아니다. 사실, 개정 헌장 제3부의 A조에는 체약 당사자가 해당 조약 제2부에 열거된 아홉 개 권리 중 최소 여섯 개를 수락해야 한다고 명시되어 있으며 여기에

113) Council of Europe, 1966, *op. cit.*
114) Council of Europe, 1966, *op. cit.*

노인의 사회적 보호에 대한 권리는 포함되어 있지 않다. 또한 A조는 국가에 구속력을 부여하려면 제2부에서 보호하는 기타 권리, 즉 총 16개조 또는 63번 조항까지 선택해야 한다고 규정한다. 이와 관련하여 개정 헌장이 제23조에 의거하여 구속력을 부여하였다고 비준한 국가는 23개국에 불과하다.[115]

고문과 비인간적이거나 굴욕적인 대우 또는 처벌의 방지에 관한 협약(European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment)은 1987년 유럽회의 회원국이 채택했다. 이 협약은 고문과 비인간적이거나 굴욕적인 대우 또는 처벌 방지 위원회(Committee on the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT)에서 감독한다. 이 위원회는 자유를 박탈당한 사람들에 대한 대우를 평가하기 위해 협약을 비준한 회원국을 방문하는 프로그램을 시행한다. 해당 위원회는 정신과 시설과 거주형 노인요양시설에 비자발적으로 들어간 사람들에 대한 부적절한 치료 활동, 식사 관련 사항, 직원 수, 직무훈련 및 구속복 사용 등을 통해 자행되고 있는 비인간적이고 굴욕적인 대우를 조명했다.[116]

유럽회의는 또한 특히 노인 인권 증진에 관한 CM/Rec(2014)2 권고를 포함하여 구속력이 없는 여러 권고를 내놓았다. 거주 및 시설 보호 분야에 관한 대부분의 권고 사항은 이미 유럽인권협약 및 유럽사회헌장에 명시된 규정을 반복하며 모든 기관이 검사 또는 제공되는 돌봄의 질이 적절하도록 보장하는 기타 메커니즘으로 인가를 받도록 할 것을 권했다. 장관 위원회의 권고는 법적 구속력은 없지만 47개 유럽회의 회원국 정부가 채택하였다.

노령과 장애에 관한 권고안 CM/Rec(2009)6은 장애가 있는 노령 인구(대부분 평생동안 장애를 겪으며 현재 계속 노화가 진행중인 사람들)와 장애가 있는 노인(노년에 장애를 얻은 사람들)의 자

115) http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ListeDeclarations.asp?NT=163&CM=&DF=&CL=ENG&VL=1
116) http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-08.htm, http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/cpt-2005-06-eng.pdf

율성과 독립성에 중점을 두었고, 따라서 요양보호사가 자신들이 돌보는 노인의 삶의 리듬을 존중할 필요가 있다고 강조했다. 또한 이 권고안은 질과 양 측면에서 서비스 품질 향상의 중요성을 강조하고 고도로 훈련된 요양보호사의 비율은 높은 수준의 돌봄을 충분히 제공할 수 있을 만큼 높아야 한다고 강조한다. 아울러 해당 위원회는 사람들이 복잡한 서비스에 대처할 수 있고, 적절한 자원, 즉 적절한 서비스와 전문가 모두를 활용할 수 있도록 외부 자문을 이용할 것과 돌봄 비용을 수혜자에게 합리적인 수준으로 책정할 것을 권고하였다.

유럽연합 기준

2009년 12월 1일 발효된 유럽연합 기본권헌장(Charter of Fundamental Rights of the European Union, EUCFR)은 "노인이 존엄하고 독립적인 삶을 영위하고 사회 및 문화생활에 참여할 수 있는 권리"를 인정한다(제25조). 헌장의 목적은 새로운 권리를 만드는 것이 아니라 유럽인권조약과 유럽사회헌장(European Social Charter)에 수록된 의무를 포함한 회원국의 전통적인 국내 및 국제 의무인 인권을 재확인하고 통합하는데 있다. 하지만 유럽연합 기본권헌장은 유럽연합의 기관 및 기구와 유럽연합 사법권 안에 속한 국가의 기관에만 관련된다. 건강 및 장기요양과 사회 정책의 대부분의 영역이 유럽연합의 권한이 아니라 회원국의 권한이므로, 유럽연합 기본권헌장은 높은 수준의 소비자 보호 증진을 규정한 제38조와 제21조(차별금지) 조항 이외에는 본 프로젝트와의 관련성이 비교적 제한적이다. 회원국 정부는 유럽연합 차별금지법(Directive 2000/43/EC)4에 따라 고용, 교육, 사회적 보호, 재화와 용역에의 접근과 같은 분야에서 인종이나 출신 민족에 근거한 차별을 금지하는 국내법을 의무적으로 제정해야 한다. 이 분야에서 차별로부터 보호는 유럽연합 시민과 회원국

에 거주하는 모든 사람에게 적용된다.

유럽사법재판소(European Court of Justice)는 유럽연합의 전신인 유럽석탄철강공동체(ECSC)가 설립된 1952년에 설립되었다. 유럽연합은 광범위한 분야에 걸쳐 개인의 권리에 영향을 주는 법률을 제정하였고, 유럽사법재판소 역시 차별금지, 종교와 집회, 표현의 자유와 같은 여러 인권의 침해와 관련된 사건을 심의한다.

(구속력 없는) 시민단체 기준

수많은 지침과 협약 초안이 다양한 시민단체에 의하여 작성되었다. 가장 주목할 만한 성과는 유럽 노인학대 퇴치 전략 프로젝트(2008~2010)의 결과물인 장기요양과 지원이 필요한 노인의 권리와 책임에 관한 유럽 헌장(ECROP, 2010)[117]과 그 안내서[118] 이며, 9개 언어로 번역되었다. 이 헌장은 9개 권리로 구성되며 존엄, 자기결정권, 사생활, 높은 수준의 맞춤 돌봄, 개인화 정보, 소통과 참여, 표현의 자유, 사상의 자유, 고통 완화 치료와 배상이다. 또한 이 헌장은 타인의 권리를 존중하고 미래 계획을 위하여 돌봄 서비스 이용 중인 노인의 책임을 설명한다.

노인 권리에 관한 시카고 선언(CDHROP)[119] 은 12개가 넘는 국가에서 모인 학자, 법조인, 정책입안자들이 함께 작업한 결과물이다. 국제 인권 문건과 과거 노인인권 증진을 위한 지역 및 국제 법률 문서에 선포된 원칙을 토대로 작성되었다. 이 선언의 요소들은 노인인권과 기본 자유를 포함하고 해당 권리의 보장과 증진을 위해 국가 의무를 제안했다. 이 선언의 작성자들은 본 문건이 개방형고령화실무그룹의 작업에 정보를 제공하고 기여하기를 바란다. 시카고 선언은 평등권, 삶의 질, 신체의 자유, 법 앞의 평등, 의료와 장기요양, 적

117) http://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_EN_v4.pdf
118) www.age-platform.eu/images/stories/22495_EN_06.pdf
119) www.jmls.edu/braun/pdf/chicago-declaration-v11.pdf

절한 생활수준, 주거, 독립적인 삶, 교육권, 근로, 재산의 소유, 고문과 착취, 학대로부터 자유, 표현의 자유와 정보 접근, 결사의 자유, 사생활 존중, 사회적 문화적 생활에 참여, 지원에 관한 권리를 설명한다. 아울러 이 시카고 선언은 이들 권리를 보장하기 위하여 국가의 의무를 규정한다.

유럽의 여러 정부는 서비스 제공자의 기대치에 대한 인식을 제고하고 노인들이 스스로 자신의 권리를 이해할 수 있도록 노인권리에 관한 선언을 개발하였다.[120] 또한 일부 시민단체는 국가 차원에서 국제인권법 이행에 관한 특정 국가 지침서를 작성하였으며 잉글랜드·스코틀랜드 사무 변호사 협회의 자유의 박탈[121]에 관한 실무 안내서가 좋은 예이다. 안내서는 전체적으로는 영국 국내법과 관련되지만 유럽인권조약 제5조 신체의 자유와 안보에 대한 권리 조항 역시 참조한다.

120) German Federal Ministry of Family Affairs, Senior Citizens, Women, and Youth and the German Federal Ministry of Health, 2007, Charter of Rights for People in Need of Long Term Care and Assistance, http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Die_Charta_in_Englisch.pdf; Foundation of Gerontology and the Ministry of Employment and Solidarity(France), 2007, Charter of Dependent Older People, http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf; Welsh Government, 2014, Declaration of Rights for Older People in Wales, http://gov.wales/docs/dhss/publications/140716olderen.pdf

121) http://www.lawsociety.org.uk/support-services/advice/articles/deprivation-of-liberty/

부록 2: 유럽국가인권기구 네트워크 회원국의 인권 조약 비준

	ICESCR	ICCPR	CRPD	CEDAW	ICERD	ICMW	CAT	Op Cat	ECHR	ESC	RESC	ECPT	EUCFR
알바니아	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	
아르메니아	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	
오스트리아	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
아제르바이잔	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	
벨기에	Y	Y	Y	Y	Y		Y		Y	Y	Y	Y	Y
보스니아/헤르체고비나	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	
불가리아	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y		Y	Y	Y
크로아티아	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y		Y	Y
덴마크	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y		Y	Y
핀란드	Y	Y		Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
프랑스	Y	Y	Y	Y	Y			Y	Y	Y	Y	Y	Y
조지아	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y		Y	Y	
독일	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y		Y	Y
영국	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y			Y
그리스	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y			Y
헝가리	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
아일랜드	Y	Y		Y	Y		Y		Y	Y	Y	Y	Y
코소보													
라트비아	Y	Y	Y	Y	Y		Y		Y	Y	Y	Y	Y
리투아니아	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y		Y	Y	Y
룩셈부르크	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y		Y	Y	Y
마케도니아	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y		Y	Y	Y	
네덜란드	Y	Y		Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
북아일랜드	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y		Y	Y
노르웨이	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y	
폴란드	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y		Y	Y
포르투갈	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
루마니아	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y		Y	Y	Y
러시아	Y	Y	Y	Y	Y		Y		Y		Y	Y	
스코틀랜드	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y		Y	Y
세르비아	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y		Y	Y	
슬로바키아	Y	Y	Y	Y	Y		Y		Y	Y	Y	Y	Y
슬로베니아	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y		Y	Y	Y
스페인	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y		Y	Y
스웨덴	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
터키	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	
우크라이나	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y		Y	Y	

부록 3: 관련 인권 기준

권리	조항	지침/비고
장기요양 서비스 접근		
모든 사람이 보건 서비스에 평등한 접근	ICESCR(제12조) CRPD(제25조) ESC(제11조, 제12조, 제13조) RESC(제11조, 제12조, 제13조, 제15조, 제23조) EUCFR(제35조)	**CESCR, General Comment No. 14, The Right to the Highest Attainable Standard of Health:** http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en **Human Rights Council, A/HRC/18/37:** http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=a/hrc/18/37 **CoE Factsheet:** http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Theme%20factsheets/FactsheetHealth_en.pdf **Council of Europe, 1966, Explanatory Report to the Revised European Social Charter:** http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Reports/HTML/163.htm **HRC, 2011, Thematic study on the realization of the right to health of older persons by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover:** http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/18session/A-HRC-18-37_en.pdf
보건의료 서비스의 가격적정성	ICESCR(제9조) CRPD(제25조) ESC(제11조, 제12조, 제13조) RESC(제11조, 제12조, 제13조) EUCFR(제34조)	**OHCHR, 2007, Factsheet 31, The Right to Health:** http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf **Council of Europe Committee of Ministers to Member States, 2014, Recommendation CM/Rec(2014)2:** https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=2162283&Site=COE&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383 **European Union Agency for Fundamental Rights(FRA), 2013, Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare:** http://fra.europa.eu/sites/default/files/inequalities-discrimination-healthcare_en.pdf
장기요양 서비스 선택 (적절한 주거에 대한 권리)	ICCPR(제9조) CRPD(제14조, 제19조) ECHR(제2조) RESC(제15조, 제23조)	**CRPD Committee, 2014, Statement on Article 14:** http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15183&LangID=E **Human Rights Council, 2014, Thematic Study on the right of persons with disabilities to live independently and be included in the community:** http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/.../A_HRC_28_37_ENG.doc

권리	조항	지침/비고
		CESCR, 1991, General Comment No. 4, Right to Adequate Housing: http://www.escr-net.org/docs/i/425218
요양에서의 권리		
생명권	UDHR(제1조) ICCPR(제6조) ECHR(제2조) EUCFR(제2.1조)	**CCPR, General Comment No. 14, Right to Life:** http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCCPR%2fGEC%2f4723&Lang=en
고문과 굴욕적이거나 비인간적인 대우, 폭력과 학대로부터 자유 (효과적인 구제책에 대한 권리)	UDHR(제5조) CAT(제2조) ICCPR(제2조, 제3a조, 제7조) ECHR(제3조, 제13조) EUCFR(제4조)	**HRC, 2004, General Comment No. 31, General Obligations on State Parties:** http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhsjYoiCfMKoIRv2FVaVzRkMjTnjRO%2bfud3cPVrcM9YR0iW6TxaxgP3f9kUFpWoq%2fhW%2fTpKi2tPhZsbEJw%2fGeZRASjdFuuJQRnbJEaUhby31WiQPl2mLFDe6ZSwMMvmQGVHA%3d%3d **European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment(CPT), 2015, CPT Standards**: http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf **COE CDDH-AGE, 2012, Rights of the Elderly:** http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/other_committees/cddh-age/Document_CDDH_AGE/CDDH-AGE_2012_02_en.pdf
신체의 자유, 이동과 구속되지 않을 자유	ICCPR(제7조, 제9조, 제10조, 제12조) CRPD(제14조, 제15조, 제18조) ECHR(제3조, 제5조) EUCFR(제6조)	**HRC, 2013, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez:** http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf **HRC, 2014, Draft general comment No. 35, Article 9: Liberty and security of person:** http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CCPR/Pages/DGCArticle9.aspx **ECtHR, 2014, Guide on Article 5:** http://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_5_ENG.pdf **Council of Europe, Recommendation(2004)10, Art. 8:** http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf

약어

- CAT 유엔고문방지협약
- CDHROP 노인 권리에 관한 시카고 선언
- CESCR 유엔경제·사회·문화적권리위원회
- CoE 유럽회의
- CRPD 장애인의 권리에 관한 협약
- ECHR 유럽인권협약
- ECROP 장기 요양과 지원이 필요한 노인의 권리와 책임에 대한 유럽 헌장
- ECtHR 유럽인권재판소
- ECSR 유럽사회적권리위원회
- ENNHRI 유럽국가인권기구 네트워크
- ESC 유럽사회헌장
- EUCFR 유럽연합 기본권헌장
- FRA 유럽연합 기본권기구
- HRC 인권위원회
- ICCPR 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약
- ICESCR 경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약
- ILO 국제노동기구
- MIPAA 마드리드 국제고령화행동계획
- NHRI 국가인권기구

- PACE 유럽평의회
- RESC 개정 유럽사회헌장
- UN 국제연합
- UDHR 세계인권선언
- UNPOP 노인을 위한 유엔원칙

PART 2

노인 환자의 인권

국가인권위원회
humanrights.go.kr

| 제 2 장 |

한국 사회, 노인 환자의 돌봄

장숙랑(중앙대학교 간호학과 교수)

1. 노인환자의 사회적 의미

2. 한국의 의료정책과 의료체계

3. 보편적 인권으로서의 노인 돌봄

참고문헌

1. 노인환자의 사회적 의미

가. 노년기 건강형평성의 중요성

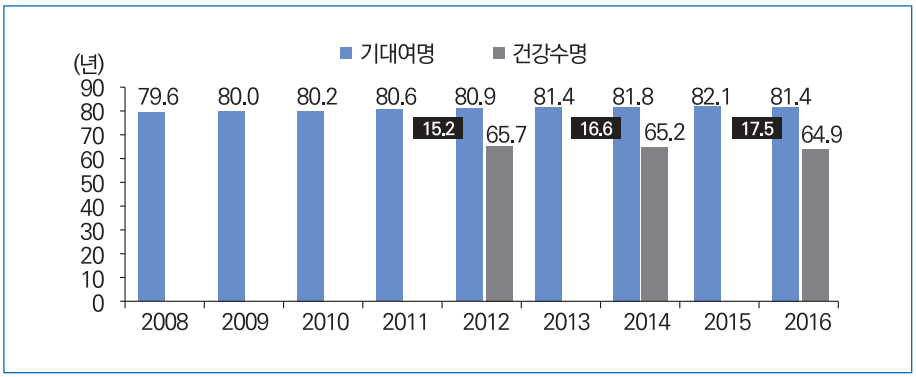
노인의 건강불평등은 여러 측면에서 매우 중요하게 다루어져야 한다. 노화는 곧 취약성을 의미한다는 오래된 편견이 존재하며, 건강 문제가 노년기에 더 빈번하고 복잡한 특징이 있어 노년기 건강불평등을 다루는 것 역시 복잡하다. 생애 과정에서 축적된 원인들이 노년기에 결집되어 나타나기 때문에 사회적 결정요인에 대한 중재가 어렵고, 사회에서 노년기는 배제와 소외에 더 가깝기 때문에 건강정책에서 특별한 관심을 기울이지 않으면 안 된다. 또한 한국 노인은 다른 연령대에 비해 주관적 건강 상태의 소득수준 간 불평등 정도가 크게 나타나(Kino et al., 2019), 소득수준에 따른 건강 격차를 완화할 수 있는 사회적 노력이 적극적으로 필요하다.

나. 한국 노인의 건강 상태와 건강불평등

2019년 65세 이상 인구는 768만 5천 명으로 전체 인구 중 14.9%를 차지한다. 2019년 기준 65세 이상 인구는 768만 5천 명으로 2050년에는 1,900만 7천 명으로까지 지속적으로 증가할 전망이다. 2019년 노년부양비[1]는 20.4명에서 저출산·고령화의 영향으로 2065년에는 100.4명으로 생산연령인구를 넘어설 것으로 보인다. 노령화지수[2]는 2016년 100.1명으로 0~14세의 유소년인구의 수를 넘었으며, 2019년에는 119.4명으로 나타났다. 2030년에는 기대수명이 90세가 넘는 최초의 국가로 한국을 예측하고 있다. 그러나 기대수명 증가는 건강수명 증가를 담보하지 않아, 무병장수가 아니라 유병장수가 될 가능성이 높다. 한국노인은 기대수명과 건강수명과 큰 차이가 있고, 이 격차는 점점 커지고 있다. 건강수명

1) 노년부양비: 생산연령인구(15~64세 인구) 100명당 65세 이상 인구
2) 노령화지수: 유소년인구(0~14세 인구) 100명당 65세 이상 인구

은 기대수명에서 질병 및 부상으로 고통받은 기간을 제외하고 건강한 삶을 유지한 기간을 의미한다. 한국인의 2016년 건강수명은 64.9세, 기대수명은 82.4세로 17.5년의 격차를 보였다(김동현, 2018). 기대수명과 건강수명의 격차는 점점 증가하고 있으며, 이는 고령 인구가 건강하지 못한 상태로 지내는 기간이 장기화된다는 것을 의미한다.

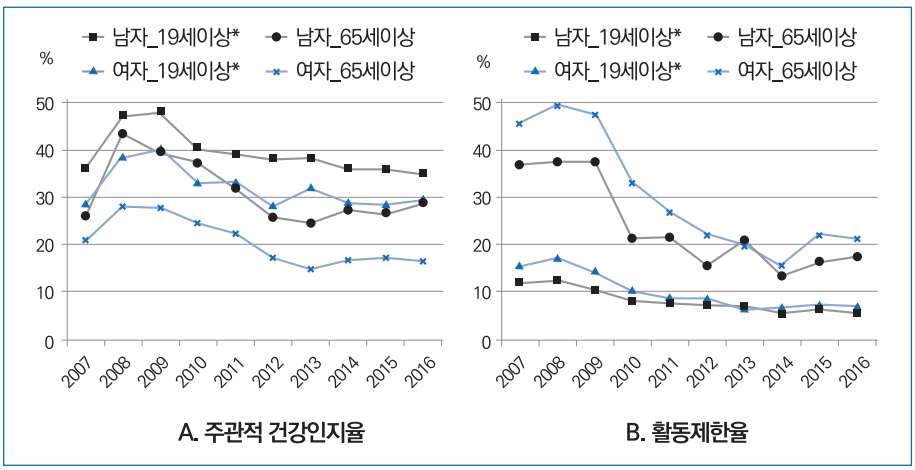


〈그림 1〉 기대수명과 건강수명의 격차

출처: 김동현(2018). 우리나라 노인건강의 기술역학적 특성. 2018 한국역학회 학술대회 발표집.

노인의 주요 사망원인은 악성 신생물, 심장질환, 뇌혈관질환, 폐렴, 당뇨병과 고혈압성 질환의 순으로 나타난다(고령자 통계, 2019). 노인의 폐렴 사망이 급증하고 있고 관련 요인 규명과 정책적 개입이 시급한 실정이다. 나이 듦에 따라 비만, 고혈압, 당뇨병, 고지혈증 등 여러 건강 문제로 유병률이 높아지며, 노쇠로 인해 장기요양 진입이 빨라진다. 특히, 복합만성질환관리와 노쇠 예방관리가 중요하다. 주요 만성질환의 경우, 여성 노인에서 남성보다 높은 유병률을 보인다. 예를 들어, 당뇨병의 경우 70세 이상 여성 노인은 30.9%, 남성 노인은 26.4%이다(질병관리본부, 2018). 노쇠는 근력과 에너지가 낮아지고 신체기능이 쇠퇴하여 사회적 참여를 제한한다. 노쇠는 꾸준한 영양과 운동으로 다시 강건해질 수 있는 가역적인 특성을 가짐에도, 한국 노인의 약 6~12%가 노쇠를 겪고 있다(Kim et al, 2018).

주관적 건강수준은 최근 10년간 남성, 여성 노인 모두에서 낮아지고 있고, 특히 여성 노인이 남성 노인보다 주관적 건강수준이 더 낮다. 활동제한율은 지난 7~8년간 남녀 노인에게서 감소추세였으나 2014년을 기점으로 일상생활활동제한 비율이 증가하고 있다. 노인의 일상생활활동 장애가 증가하면 노인인구 수 증가와 맞물려 장기요양의 사회적 부담이 크게 증가할 가능성이 높다.



〈그림 2〉 연령별 연도별 주관적 건강인지율(%)과 활동제한율(%)

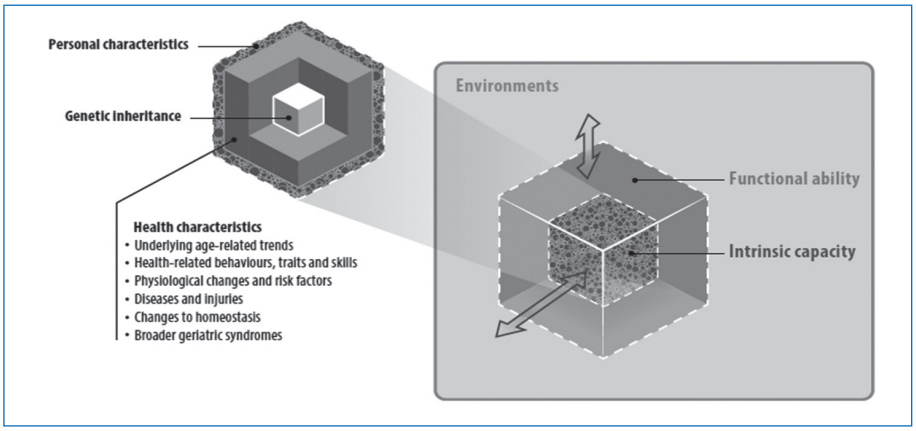
주: 주관적 건강인지율: 평소에 본인의 건강이 '매우 좋음' 또는 '좋음'이라고 생각하는 분율; 활동제한율: 현재 건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애로 일상생활 및 사회활동에 제한을 받은 분율(2005년 추계인구로 연령표준화 실시).
출처: 김동현(2018). 우리나라 노인건강의 기술역학적 특성. 2018 한국역학회 학술대회 발표집.

정신건강 문제 또한 시급한 정책적 해결 방안이 모색되어야 한다. 우울장애 유병률은 여성 노인의 감소 추세와 달리 남성 노인에서는 증가하는 양상이 관찰되고 있으며 남성 노인의 고위험 음주율이 증가하는 양상과도 연관된 것으로 판단된다. 노년기 자살률(인구 10만 명당 70대 50명, 80대 이상에서 70명 수준)은 전 세계적으로 매우 높은 수준이다. 80대 이상의 초고령자에서의 높은 자살률 또한 주목해야 할 현상이다. 자살률의 지역 간 격차가 중년에서 노년으로 갈수록 커지고 있다. 60세 이상 노인 중 치매를 앓고 있는 사람은 약

803,155명(2018년 기준)으로, 유병률 약 7.2%로 추정하고 있다. 급속한 고령화로 치매 유병률은 계속 상승하여 환자 수도 2012년 약 54만 명에서 2030년에는 약 127만 명, 2050년에는 약 271만 명으로 매 20년마다 약 2배씩 증가할 것으로 추산된다. 치매로 인한 의료비와 노인장기요양비용도 점차 증가하고 있으며, 특히, 당사자뿐만 아니라 간병 가족의 부담이 매우 크다(중앙치매센터, 2020).

다. 건강 노화(healthy ageing)의 개념

WHO는 노령화에 대한 건강정책 전략 수립의 목표로서, 총체적 관점에서 건강한 노화라는 개념을 고려했다. 이는 생애주기적 관점과 기능적 관점에 기반을 두고 있는 것으로, 건강한 노화를 나이 든 사람들의 복지(well-being) 증진을 가능하게 하는 기능적 능력(functional ability)을 개발하고 유지하는 과정이라고 정의하고 있다(WHO, 2015). 건강 노화의 핵심에는 기능적 능력(ability), 고유한 능력(capacity), 개인의 삶의 맥락을 형성하는 외부 세계인 환경적 요소가 있으며, 이들은 서로 영향을 주고받는다.

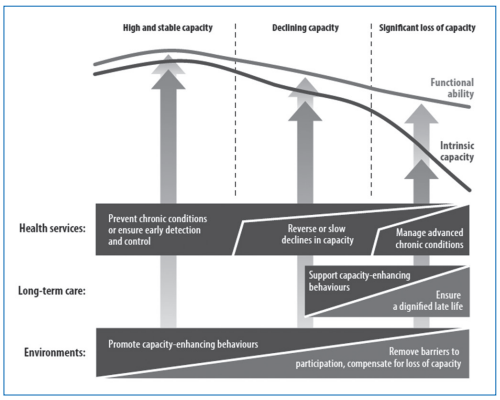


〈그림 3〉 건강한 노화의 핵심요소

자료: WHO(2015). World report on ageing and health.

1) 건강한 노화를 위한 공중보건의 이론적 틀

기능적 능력을 향상시키기 위한 목표를 달성하기 위해서 2가지 방법이 요구되는데, 하나는 고유한 능력을 키우고 유지하는 것을 지지하는 것이고, 다른 하나는 기능적 능력이 감소하는 사람들이 그들이 중요하다고 생각하는 것을 할 수 있도록 함으로써 기능적 능력을 향상시키는 것이다(WHO, 2015). 일반적으로 궤도는 '상대적으로 높고 안정적인 능력(capacity)을 가진 기간', '능력(capacity)이 감소하는 기간', '능력(capacity)의 상당한 손실이 있는 기간'으로 구분된다. 이러한 기간들은 연령으로 정의되는 것이 아니며 분절적인 것도 아니다. 궤도는 개인마다 현저한 차이가 있을 수 있다.



〈그림 4〉 건강 노화를 위한 공공 보건 이론적 틀

자료: WHO(2015). World report on ageing and health.

보건 시스템은 초기에 질병 및 위험요인을 발견하고 관리할 필요가 있다. 환경적 전략들은 개인이 기술(personla skills)과 지식을 획득함으로써, 건강한 행동을 권장하는 데 있어 중요하다. 환경은 또한 능력의 확장을 방해하는 요인들을 제거함으로써, 기능적 능력을 할 수 있도록 하는 역할을 수행할 것이다.

능력이 감소된 인구 집단을 대상으로 하는 공공 보건 개입은 다른 부분을 강조하게

된다. 질병은 이미 보유하고 있는 상태이므로, 보건 시스템은 예방 혹은 치료가 아닌 개인의 전반적인 능력(capacity) 감소를 최소화하는 것에 초점을 둬야 하며, 기능적 능력을 가능하도록 하는 환경의 역할은 능력(capacity) 감소를 극복하는 전략으로서 작용해야 할 것이다. 예를 들어, 가로등은 시력 장애(visual impairment)를 가진 노인이 집에 안전하게 돌아가는 데 도움이 된다. 건강한 행동이 가능하도록 하는 환경은 질병의 위험을 줄이기 위한 역할을 해야 할 것이다.

능력 손실이 상당한 사람들에 대한 공공 보건 개입은 장기요양 서비스를 제공하는 데 있다. 능력 감소를 최대한 줄이기 위해서 초기 서비스에 노인이 좀 더 활동하도록 장려하고, 식사를 잘 할 수 있도록 돕는 가족 구성원이 포함될 수 있으며, 그 이후에 제공되는 서비스에는 설거지, 요리와 같은 기본적인 업무에 대한 지원도 포함된다. 노인이 살기에 좋은 환경(예: 휠체어를 이용할 수 있는 가정 혹은 인지 기능이 저하된 사람을 위한 치매 친화적인 지역사회)에 거주하는 경우 이러한 업무는 더 쉬워질 것이다.

2. 한국의 의료정책과 의료체계

가. 한국의 노인 의료 체계 방향

초고령사회를 앞두고 노인의료지원사업의 효과성을 제고하고 지속가능성을 높이는 것이 필요하다. 이를 위해 지역사회의 건강돌봄체계를 강화하고 장기요양제도를 건실화하고 효과적인 치매정책을 통하여 지역사회 건강 및 돌봄 서비스 통합체계를 마련해야 한다. 불필요한 사회적 입원 등 의료자원 낭비를 제거함으로써 건강보험 및 장기요양보험의 재정적 지속가능성을 제고하며, 장기요양서비스 질 제고를 통해 '지역사회에서의 삶을 지속

하는 것(Aging in Place)'을 강화하는 것이 앞으로의 방향이 될 것이다. 특히, 사회적 입장에서 노인의 의료-건강-돌봄 필요에 대응하는 데 있어 적절하게 자원을 배분하고, 효과적이고 효율적으로 관리할 수 있는 시스템이 작동하고 있는가에 대한 관점을 가지는 것이 중요하다. 책임주체 및 조정체계를 명확하게 하여 노인의 의료-건강-돌봄에 대한 사회적 자원을 합리적으로 배분하고 조정하도록 해야 한다.

무엇보다 이용자 입장에서, 서비스의 연속성 및 충분성에 대한 고민이 필요하다. 노인 및 가족의 입장에서 노인의 의료-건강-돌봄 필요에 따라 지역사회에서 사각지대 없이 적절하고 충분한 서비스를 이용할 수 있는가의 관점을 놓치면 안된다. 퇴원환자, 재활환자, 만성질환환자, 장기요양인정자는 아니지만 간헐적으로 일상적인 돌봄이 필요한 사람 등에게 지역사회에서 이용가능한 서비스가 적절하게 구비되어 접근성이 보장되고 있는가를 살펴보며 사각지대를 끊임없이 해소해 나가야 한다. 더이상 지역사회에서 삶을 지속하는 데 필요한 서비스가 충분하지 않다는 이유로 불필요하게 시설 입소나 병원 입원으로 내몰리지 않도록 해야 할 것이다.

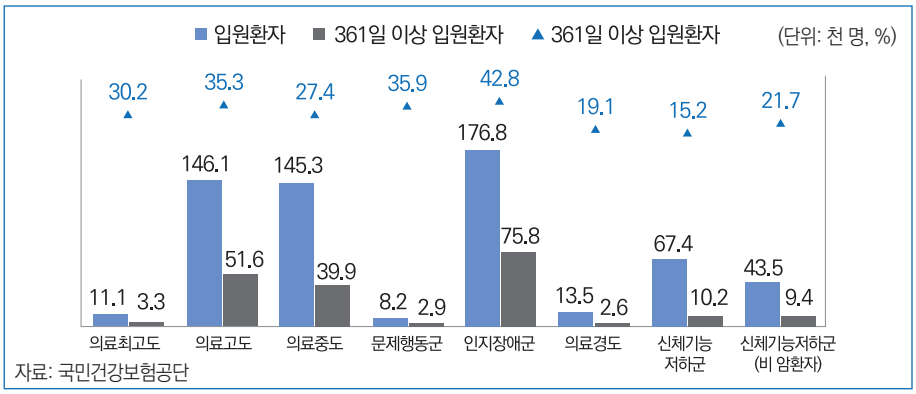
의료보장성이 지속적으로 강화되고 있는 상황에서 지역사회의 예방, 만성질환관리, 일상적 돌봄 등 노인의 의료-건강-돌봄체계를 통합적으로 강화하지 않으면 의료비용에 대한 사회적 부담이 증가한다는 측면에서도 지속가능하지 않고 존엄한 삶을 보장한다는 노인 인권 측면에서도 바람직하지 않다.

나. 한국의 노인 의료 정책 환경

1) 의료체계 비효율 문제

급격한 고령화 추세와 함께 노인의료비가 급증하고 있는 상황이다. 65세 이상 노인진

료비는 전체 진료비의 40.9%를 차지하고 노인 1인당 진료비는 전체 1인당 진료비의 3배를 상회하고 있다. 의료보장성 강화와 치매국가책임제 등 노인 의료 및 장기요양 등에 대해 국가책임을 강화함에 따라 재정투입은 계속 증대되고 있다. 초고령사회를 앞두고 노인의 '사회적 입원' 등을 비롯하여 고비용의 의료자원이 사용되지만 막상 노인의 건강관리를 위한 효율적인 전달체계는 부족하다는 비판이 많다. 세계 유례를 찾기 어려운 요양병원의 장기입원 심화로 2010년에서 2018년 사이 건강보험 전체 입원일수 중 요양병원 입원일수가 차지하는 비중이 23%에 45%로 약 2배 증가하였으며, 요양병원이 전체 본인부담상한액 환급액의 45%를 차지하고, 본인부담상한액 환급자의 64%를 차지(건강보험공단, 2019)하는 등 비효율이 존재하고 있다. 요양병원 1년 이상 장기입원환자의 89.1%는 65세 이상 노인이며, 사회적입원이라 간주되는 의료필요도가 낮은 신체기능저하군 및 인지장애군의 상당수가 노인이다. 지난 11년간 경영이 어려운 지역의 중소병원이 적극적인 수요창출이 가능한 요양병원으로 대거 전환함에 따라 요양병원 병상수는 4배 이상(2008년 7.6만 병상에서 2019년 30.1만병상으로) 급증하였으며, 증가한 요양병상 수만큼 적극적인 요양병원의 수요 유인 효과가 노인의 요양병원 의료비용을 배가시키는 요인이 되고 있다.



〈그림 5〉 요양병원 입원 현황(2018년)

자료: 국회예산정책처(2019)

2) 지역사회 의료서비스 불충분

지역사회에서 건강 및 돌봄 관련 적절한 서비스를 이용할 수 없는 노인들과 그 가족들 입장에서는 본인부담상한액 적용 및 보장범위 확대 등 의료보장성이 강화되는 상황에서 오히려 서비스 이용 접근이 자유로우며, 보장받는 서비스의 범위는 더 넓고, 본인부담 비용은 더 낮은 요양병원이 최선일 수 밖에 없다보니, 장기적인 사회적 입원이 지속되고 이로 인해 노인의료비용이 계속 급증할 수밖에 없다.

뿐만 아니라, 지역사회에서 이용가능한 노인 건강 및 돌봄 서비스는 매우 제한적이며, 제도의 분절로 서비스 사각지대가 광범하고 서비스 종류 및 양이 불충분하여 나이 들어 도움이 필요한 상황에서도 지역사회에서의 삶을 지속(Aging in Place)하는데 필요한 서비스 요구를 충족시키는 데 한계가 있다. 지역의 일차의료체계 및 건강관리체계가 적절히 작동하지 않아 만성질환 관리 및 예방관리 체계가 미흡하며, 지역사회에서 퇴원환자 및 만성질환자에 대한 관리가 적절히 이루어지지 못하는 상황에서 의료보장성 강화는 입원을 통한 의료이용 증가로 연결되고 있는 실정이다. 특히, 장기요양보험 수급권을 갖지 못하였으나 긴급돌봄서비스가 필요한 퇴원환자 및 재활환자, 그리고 간헐적으로 일상생활 지원이 필요한 고령자 및 독거노인의 경우에 지역사회생활(Aging in Place)을 위해 필요한 서비스를 제 때 적절히 이용할 수 없어 불가피하게 요양시설 또는 요양병원으로 내몰리거나 또는 보호의 사각지대에서 방치된다.

3) 장기요양서비스에서의 의료서비스 부재

장기요양인정자의 경우에는 장기요양보험 급여를 이용할 수 있으나, 중증도 돌봄이 필요한 장기요양인정자의 경우 시설서비스에 준하는 고도의(intensive) 충분하고 다양한 서비스 제공방식(1일 다회 방문, 야간서비스, 간헐적 단기보호 등)이 필요하지만, 실제로는 재가급여

와 시설급여 간 보장 수준의 간극으로(재가는 1일 1회 3시간, 시설은 수시 24시간) 고비용의 요양시설 또는 요양병원 선택으로 내몰리게 된다. 고령화 및 장기요양수급자 증가와 함께 서비스 질 제고의 필요성이 높아짐에 따라 노인장기요양보험 필요재정 규모를 급격히 확대해야 하는 상황이다.

다 한국의 노인 의료서비스 현황과 문제점

1) 지역사회 노인건강돌봄체계의 파편화, 분절화 및 불충분성

현행 노인의료체계는 내용이 파편적으로 구성되어 노인건강 목표를 달성하기에 부족한 실정이다. 궁극적으로 고령사회 노인건강정책은 인구집단의 건강과 기능수준에 따라 고르게 설정하는 것이 바람직하다(Steven & Albert et al., 2005).

〈표 1〉 고령사회 보건정책의 목표

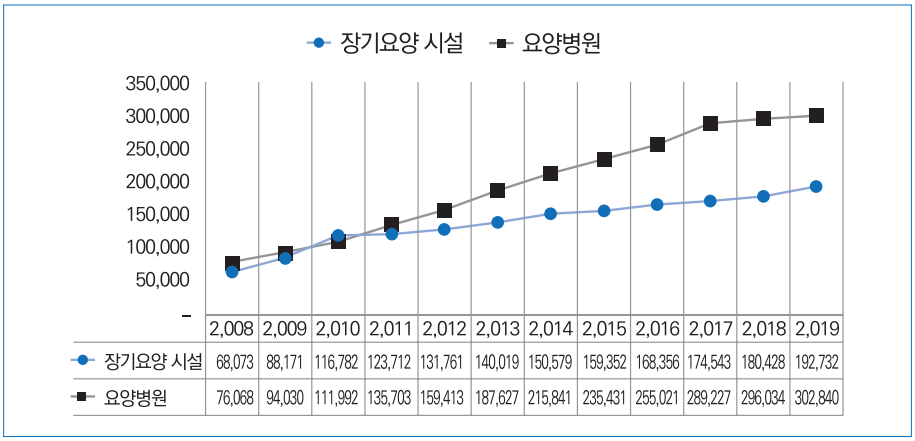
건강한 노인	허약 노인	치매 노인	임종 노인
허약과 장애의 예방 적극적 사회참여	환경 조정 기능상태 극대화	초과 병적상태 예방 장기요양 보호	소외 방지 선택 극대화 임종의 질

기능장애 예방 및 악화방지, 적극적 사회참여, 노인친화적 건강환경 조성을 위한 정책방향과 목표가 추가되어야 한다. 현행 지역사회건강돌봄 관련 사업은 파편화되어 있고, 해당 조직 및 인력이 너무 작고 사업비도 작아 제대로 일하기 어려운 구조이므로 정책효과 역시 제약이 있다. 지역사회 차원에서 노인의 건강 및 돌봄에 대해 효과적이고 효율적으로 대응할 수 있도록 포괄적으로 책임지고 체계적으로 관리할 수 있는 콘트롤타워가 부재하며 지역사회 건강 및 돌봄 시스템이 부재한 상황이다. 지역사회에서 만성질환 등 건강관리 및 기본적인 생활지원 요구가 적절히 관리되지 못하면, 수급권을 법제도적으로 보장해주

는 장기요양보험 및 건강보험을 적극적으로 이용하게 하는 부적절한 유인 효과가 발생할 수 있다. 지역사회에서 비용효과적인 지속가능한 건강돌봄체계가 구축되지 않은 상태에서 의료보장성만 강화하는 것은 부적절한 병원 입원 및 사회적으로 바람직하지 않는 시설입소를 더욱 촉진하여 지속가능성 위기를 야기한다. 그러므로 초고령사회에 대응하여 분절적이고 파편화되지 않은 포괄적이고 통합적인 지역사회 건강돌봄체계 구축이 필요하다. 지역사회건강돌봄을 위한 통합적인 서비스 전달체계가 작동하여 사람중심으로 통합적 서비스가 제공될 수 있도록 개별화된 포괄적인 맞춤 지원을 하는 통합적인 사례관리체계가 필요하다.

2) 요양병원 쏠림을 해결하고 노인요양시설과의 역할분담 재조정 필요

노인장기요양보험은 노인들의 만성질환과 일상생활기능 저하 등의 특성을 고려하여 고비용 의료보다 비용효과적이라는 측면에서 도입되었다. 이에 따라 정책설계 의도는 요양병원은 의료수요가 높거나 단기 재활 및 회복이 필요한 환자를 대상으로 하고, 인지장애나 일상생활기능에 도움이 필요한 노인들은 재가서비스나 노인요양시설을 이용하도록 설계되었다. 서비스 단가도 요양병원보다는 노인요양시설이 더 낮고, 노인요양시설보다는 재가서비스 서비스 단가가 더 낮도록 설계되었다. 그러나 실제로 인지장애군, 신체기능저하군 등 경증환자의 요양병원 입원사례가 많은데 비해, 장기요양보험의 시설급여를 제공하는 노인의료복지시설은 현원이 정원에 미치지 못하고 있는 실정이다. 그러므로 요양병원 선호에 대한 유인을 이해하고 노인요양시설과의 합리적인 역할분담이 필요하다.



	2,008	2,009	2,010	2,011	2,012	2,013	2,014	2,015	2,016	2,017	2,018	2,019
장기요양 시설	68,073	88,171	116,782	123,712	131,761	140,019	150,579	159,352	168,356	174,543	180,428	192,732
요양병원	76,068	94,030	111,992	135,703	159,413	187,627	215,841	235,431	255,021	289,227	296,034	302,840

〈그림 6〉 요양시설과 요양병원 병상수 비교

3) 장기요양제도의 현황과 한계

급격한 고령화로 장기요양수요는 급증하고 있다. 장기요양인정자 수는 2018년 기준 64.4만 명, 65세 이상 노인인구 대비 8.7%으로, 제도도입 초기 2008년 21.4천 명(3.1%)에서 2019년 77.2만 명(10.0%)로 약 3.6배 성장하였다. 장기요양 재정추이를 보면, 2009년 1조 8,791억 원에서 급격히 증가하여 2018년 8조 1,579억 원으로 4.34배 성장하였다. 고령화와 수급범위 확대로 장기요양급여 비용이 매년 빠르게 증가하여 장기요양보험재정은 2016년부터 당기재정적자가 발생하고 있으며, 적자 폭은 증가 추세에 있다. 장기요양 서비스 질 제고 압박도 높아지고 있는 상황이다. 구체적으로 서비스 인력기준 강화(1인당 보호노인수, 보호인력 구성 강화 등), 역량있는 서비스인력의 유입과 유지를 위한 근로조건 및 환경 제고, 서비스시설 기준 강화(4인실 기준에서 1~2인실 확대) 등을 충족해 나가기 위해서는 장기요양재정 소요는 더욱 커질 것으로 예상된다.

특히, 베이비부머 고령화 등 급격한 고령화에 따른 장기요양수요 급증에 대응하여 충격을 완충할 수 있는 장기요양재정방식도 검토할 필요가 있을 것이다. 베이비붐세대가 후

기고령인구로 진입하기 시작하는 2030년 이후에 장기요양 지속가능성 시스템이 작동되는 것이 매우 중요하다. 예를 들어, 독일은 베이비부머 세대(1959~1967년생)의 고령화로 장기요양보험의 재정이 악화되는 것을 방지하기 위해 2015년부터 장기요양보험료(기여금)의 약 0.1%를 장기요양준비기금(Pflegevorsorgefonds)으로 적립하고 2035년부터 사용하도록 하였다.

「노인장기요양보험법」 상의 재가급여 우선원칙[3]에도 불구하고, 시설급여 선택 유인이 높은 것으로 확인되고 있는데 이것은 조정과 개선이 반드시 필요하다. 시설급여와 재가급여 간에 급여한도액 차이가 있고, 동일한 등급의 장기요양인정자가 시설급여와 재가급여를 통해 이용할 수 있는 급여범위, 급여일수 및 급여시간 등 급여수준에도 격차가 존재하다보니 시설 서비스로의 유인으로 작용하고 있다. 일본과 독일은 시설입소 유인을 제거하기 위하여 거주비, 식비를 급여범위에서 제외하여 본인부담으로 하고, 장기요양보험에 중증, 퇴원, 독거를 중점대상으로 하는 통합재가급여를 도입하여 준(準)시설서비스를 지원함으로써 Aging in Place를 강화하여 요양시설 및 요양병원 진입을 지연시키고 방지하고 있다.

무엇보다 장기요양서비스에서 재가서비스의 서비스 질 제고를 위한 서비스 공급기관 규모화 및 병설 유도 등이 필요한 상황이다. 재가서비스의 질 제고를 가로막는 가장 큰 문제로 제공기관의 영세성과 소규모 기관의 난립이 지적되고 있다(석재은 등, 2016). 서비스 질 평가결과와 기관 규모(서비스 지출액) 간에 높은 상관관계를 보이고 있는 것으로 나타나는데, 서비스 질 제고를 위해서는 기관규모를 일정수준 이상으로 규모화하는 것이 필요하며, 이를 견인하기 위한 정책방향을 명확히 할 필요가 있다.

장기요양서비스 질 제고를 위해 서비스제공기관의 진입 및 퇴출기준을 강화하는 것이

3) 「장기요양보험법」 제3조에 따르면 장기요양급여는 재가급여를 우선적으로 제공하도록 되어 있다.
제3조(장기요양급여 제공의 기본원칙) ③장기요양급여는 노인등이 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 받는 재가급여를 우선적으로 제공하여야 한다.

필요하다. 장기요양서비스 제공기관 진입심사를 강화하여 지역별 서비스제공기관 수, 서비스제공 형태(병설), 서비스제공기관 대표의 과거 서비스제공기관 이력 및 평판 등에 기반하여 진입 허용하도록 해야 할 것이다.

4) 치매 노인을 위한 서비스 현황과 한계

치매국가책임제를 국정과제로 설정하고 치매에 대한 사회적 대응을 강화한 이후 시군구당 치매안심센터가 구축되었다. 또한 치매안심병원 확충, 장기요양보험에 인지지원등급(치매등급) 신설 등 치매에 대한 사회적 투자를 증가하고 있다.

〈표 2〉 주요 치매관리사업 내용 및 대상

시설	주요 업무
치매안심센터	• 치매환자의 등록·관리 • 치매등록통계사업의 지원 • 치매의 예방·교육 및 홍보 • 치매환자 및 가족 방문·관리 • 치매조기검진
치매안심병원	• 치매의 진단과 치료·요양 등 치매 관련 의료서비스를 전문적이고 체계적으로 제공
치매전담형 장기요양기관	• 장기요양보험 2~5등급 및 인지지원등급 수급자에게 치매전담실 제공 및 치매맞춤형 프로그램 실시

자료: 「치매관리법」 및 '치매전담형 장기요양기관 매뉴얼'(2019. 1.)을 바탕으로 재작성
자료: 국회예산정책처(2019)

치매정책과 장기요양정책은 대상자가 중복되므로 효과적이고 효율적인 서비스 전달체계에 대한 재검토도 필요하다. 초기 경증치매인 경우 제도초기에는 장기요양등급을 받기 어려웠지만, 2014년 5등급 경증치매등급이 신설된 데에 이어 2018년 인지지원등급을

도입하게 되어 치매어르신 대부분은 장기요양인정자이다. 특히, 주야간보호센터나 노인요양시설의 장기요양 이용자의 70~80%가 치매환자이므로 치매와 장기요양은 대부분 중복되므로 치매의 고유한 특성을 감안하면서도 장기요양과 치매가 중복되는 특성을 감안한 서비스전달체계 구축방안을 모색하는 것이 합리적일 것이다.

치매안심센터의 원활한 인력 충원 및 명확한 인력 기준 수립도 필요한데, 2019년 5월 기준 전국 치매안심센터 충원율은 61.6%였다. 2018년 치매안심센터 치매선별검사(1단계)에서 인지저하 진단을 받은 사람 중 2단계 진단검사를 받은 사람은 53.7%에 불과하다. 국가건강검진의 인지기능장애검사 결과 인지기능 저하 판정을 받은 사람에 대한 적극적인 서비스 연계가 필요할 것이다. 또한 치매안심센터의 역할이 치매 진단에 집중되고 있는 부분에 대한 재검토와 기능 확대가 필요하다. 치매안심센터 기능이 치매판별(screening)에 중점을 두고 있어 치매어르신과 그 가족들이 지속적으로 도움을 받으며 혜택을 체감할 수 있는 치매관련 서비스에 대한 실질적 서비스 체감도는 한정적이다.

치매안심병원의 설치 목적은 가정에서 돌보기 어려운 치매 환자에게 단기입원(6개월 내) 치료를 제공하여 지역사회로 복귀하도록 유도하기 위한 것인데, 아직 본격적으로 시행되고 있지 않다. 치매전담형 장기요양기관의 실효성을 검토하고 향후 치매 및 장기요양 서비스 전달체계 구축 방향에 대한 재검토도 필요하다. 치매전담형 노인요양시설은 전체 노인요양시설의 1.3%(46개), 노인요양공동생활가정은 전체 시설의 0.2%(3개), 주야간보호 기관은 전체 기관의 0.9%(31개)에 불과한 실정이다.

5) 간호·간병 서비스

아플 때 누구나 돌봄이 필요한데 사적 간병의 비율은 75%에 이르고 있다. 가족이 간병하거나 여의치 않으면 간병인을 고용하게 된다. 사적 간병비를 써도 돌봄의 질이 거의 보

장되지 않는다. 2015년부터 병원 입원에 대해 간호·간병통합서비스를 시행하여, 이용자가 급증하고 건강보험 지출도 증가하였으나 서비스 제공은 수요를 따라가지 못하고 있다. 2020년 기준 대상 병원 중 35.9%(병상기준 22.3%)만이 참여 중이며 전체 입원 환자의 10.4% 정도만 간호·간병통합서비스를 받고 있는 실정이다. 간호·간병통합서비스를 제공하는 병동 입원을 위해 입원대기가 길어지고 있고, 이용을 포기하기도 한다. 입원환자의 간병인 비용 부담이 높고, 간병비 계산 기준도 간병인 파견업체에 따라 천차만별인 상황에서 보편적 입원서비스로의 간호·간병통합서비스 제공이 시대적 요구이다. 환자의 개별 간호요구에 적합한 모형이 만들어져 어르신과 가족의 욕구에 맞는 의료와 요양 서비스를 받을 수 있어야 한다.

실제 운영에 있어 경증환자 위주 운영, 편법적인 인력배치 등 많은 문제점이 노출되고 있다. 간호간병통합서비스 참여병원은 병동별 일괄적인 간호인력 배치 기준을 적용하여 환자 중증도에 따라 적정 간호를 받기 어려울 뿐 아니라 간호 인력의 업무가 가중된다. 경증환자 위주로 서비스를 적용하고 있어 환자의 중증도, 간호 간병의 필요정도에 따른 서비스 매칭이 이루어지지 않고 있기도 하다. 특히 간호인력 부족으로 지방병원의 참여 확대에 한계가 있다.

그러나 공식 평가보고에 따르면 평균 4.8조 3교대로 5조 3교대에 가까운 교대제 운영, 간호사 대 환자 인력배치 수준이 일반병동에 비해 2배 이상 향상되고 있다. 따라서 현재 시행중인 간호간병통합서비스제도를 인력수급대책과 함께 단계적 전면 시행으로 제대로 모니터링하고 나아간다면 시민들에게는 개인간병 문제를 사회적으로 해결하고, 간호인력문제도 함께 해소될 수 있다. 간호인력 제도 보완을 통해 인력기준, 교대제 개선, 수가 보상 등이 가능한 종합대책을 마련할 수 있을 것이다.

6) 간호·간병인력 처우와 양성의 문제

간호와 돌봄인력이 우리 사회에 충분하고 적정할 때, 노인인권이 보장되는 보건의료 체계가 이루어질 수 있다. 우리사회는 인구 1,000명당 간호사 수 3.8명(2018년)으로 OECD 국가 중 26위(OECD 평균 8.9명)이다. 의료기관 활동 간호사는 51.9%(2019년)에 불과한데, 간호대 졸업자 수는 2020년 현재 OECD 평균 수준이나 임상활동 중인 간호사 수가 적은 것으로 나타났다. 간호사 사직률이 점차 증가하고 있는데, 신규 간호사가 2013년 29.0%의 사직률을 보였고 2019년 44.5%로 사직률이 급증하였다. 이러한 원인으로는 열악한 근무환경과 처우를 꼽는다. 미국은 13~17%, 일본 11%의 사직률을 보이는 것과 현저한 차이가 난다. 간호조무사 인력도 여러 문제가 존재하는데, 간호조무사 자격 취득자는 약 70만 명으로 활동 중 간호조무사는 약 18만 명이다(전체 간호인력의 50%). 인구 천 명당 간호조무사 수 3.3명으로 OECD 평균(1.8)에 비해 2배나 높다. 그러나 간호조무사는 개인 의원급 간호, 장기요양 방문간호 등 면허 간호사와의 업무와 역할 혼재로 오랜 갈등이 존재한다. 법정인력임에도 중장기 수급 및 관리 대책 또한 미흡한 상황이다. 요양보호사의 경우는 더 심각하다. 2018년 현재 379,822명이나 자격증 보유자 중 20%만이 활동 중이다. 인구 고령화 추세에 비추어 요양보호사는 현재 약 2만 4천 명 정도가 부족한 실정이며, 2030년에는 11만 1,225명이 부족할 것으로 추계되고 있다. 고용형태 불안정, 높은 고령 요양보호사비율, 높은 이직률(33%), 낮은 사회적 인식, 직업에 대한 편견, 열악한 노동환경, 부적절한 임금체계, 업무 불명확과 과중한 업무량, 교육체계부재 등 총제적 문제를 안고 있다.

여기에, 국내 사적 간병인 수는 20만여 명으로 추산하고 있으나 정확한 통계조차 없다. 간병인력에 대한 공적 관리 제도와 체계가 없다보니 인력관리가 열악한 실정이다. 사적 간병 체계에서, 간병인 1인당 환자 수는 10명을 넘는 경우가 많아 제대로 된 간병이 이루

어지기 어렵다. 그런데 더 큰 문제는 간병 인력을 구하기조차 어렵다는 것이다. 특히, 중소도시는 간병인 수급이 심각한데, 활동 간병인 다수가 중국동포 또는 외국인으로 의사소통이 어려운 상황이다. 사적 간병인은 채용에 대한 명확한 기준, 체계적인 직업교육훈련도 없이 간병을 담당하고 있고 근로여건과 처우가 매우 열악한 채 방치되고 있다.

3. 보편적 인권으로서의 노인 돌봄

가. 정상화의 강조

정상화는 1960년대 후반, 스칸디나비아에서 정신지체장애인을 대상으로 하는 서비스 실천 원칙의 하나로 제기된 이념이다. 1970년대와 1980년대 초반, 울펜스버그(Wolfensberger) 등이 개념을 정교화하고 대상을 확대하였다. 노인의 행복과 건강에 관한 정책형성 이념과 서비스 실천에 있어 가장 중요한 원칙의 하나로 자리매김하였다. 가능한 만큼 사람들에게 가치 있는 사회적 역할을 습득, 정립, 유지시키기 위해 문화적으로 가치 있는 수단을 이용하는 것, 또는 사람들이 문화적으로 가치 있는 삶을 영위할 수 있도록 하기 위하여 수단들을 이용하는 것을 의미한다. 입소시설을 중심으로 동화(同化)로서의 정상화보다는, 돌봄이 필요한 모두가 지역사회가 보호한다는 이화(異化)로서의 정상화가 강조되는 추세이다.

나. 살던 곳에서 건강하고 행복한 삶, Aging in place

대표적 노인돌봄 국가제도인 장기요양제도가 10년이 흐르는 동안, 한국노인의 사망장소는 어떻게 변화되었을까? 지난 10년간 가정에서 사망하는 비율은 감소한 반면 요양시

설에서의 사망은 점차 증가하고 있다. 지역사회 중심의 통합적인 돌봄은 가정 안에서 편안한 임종을 맞이할 수 있는 방안을 모색하는 과정에서 완성될 수 있다. Aging in Place는 지역사회 또는 재가노인복지분야에서 주목받고 있는 정책 및 실천 철학으로 '거주지에서의 노화' 또는 '삶터에서의 요양' 등으로 번역할 수 있다. 가능한 한 인생을 마칠 때까지 익숙한 장소(공동체)에 남아서 생활하기(Harris, 1988: 18; Frank, 2001에서 재인용), 시설보다는 독립성을 지니면서 지역사회 공동체 안에 남아서 생활하기(Davey, et al.,2004) 등을 의미한다(임정기, 2015). 이 밖에도 시설에서의 자율권 강화(Chapin, et al., 2001), 집과 지역사회와 같이 애착, 연결, 안정성과 유사성을 가지는 것(Wiles et al., 2011), 사람들이 사는 공간에서 돌봄관계와 역할을 통해, 그리고 독립성과 자율성을 통해 정체감을 가지는 것(Wiles et al., 2011) 등으로 설명되기도 한다. AIP(Aging in place)의 선행조건으로는 환경의 접근성 제공(barrier-free housing design & age-friendly urban planning(Bridge & Kendig, 2008), AIP에 대한 지역사회 인식(Horner & Boldy, 2008), 돌봄전달체계-재가보호(Stuck et al., 2000), 주거의 안정성, 정책과 실천의 지원 등을 강조하고 있다. AIP를 위해서는 먼저, 지역사회에서 보건복지사업과 서비스의 방향성과 목표가 명확해야 한다. 정상화의 관점에서 보면, 기존에 제공하는 서비스나 현물은 보호나 시혜적 관점에서 일방적으로 전달된다, 오히려 노인을 후천적인 의존상태로 몰아가는 것이다. 노인 개개인이 가치 있는 사회적 역할을 습득, 정립, 유지하는데 도움을 주는 '문화적으로 가치 있는 수단'인지를 재평가해 볼 필요가 있다.

한국에서 살아가는 한 국민으로서 장애가 발생한다면, 우리는 주로 어디에서 돌봄자원을 획득하는가? 지역사회 노인 보건복지 전달체계는 제공자 중심에서 노인을 중심으로 재편되어야 한다. 노인의 기능 상태에 따라 컨베이어벨트 위의 조립품처럼 제공자를 옮겨 다니는 것이 아니다. 살고 싶은 곳에서 필요한 서비스를 받을 수 있는 체계를 구축하는 것

이다. AIP 개념은 본인의 가정에서 거주하는 노인만이 아니라, 입소시설에서 거주하는 노인도 포괄하는 개념이다. 재가나 지역사회는 물론 시설에까지 적용 가능한 개념으로 보아야 한다. 이용자를 중심(user-centered)으로, 다양한 보건, 의료, 복지서비스가 통합(integration)적으로 전달될 수 있는 체계가 요구된다.

다. 미래 환경 변화에 맞는 노인돌봄

2035년 베이비붐 세대가 후기고령자로 진입하게 되고, 만성질환관리와 장기요양 수요가 급증할 것으로 예상된다. 전체인구의 1/4을 차지하는 신중년층(5060세대) 또한 수년 안에 고령세대에 진입할 전망이나, 고령화 정책은 노인복지 위주로 설계되어 있어 신중년의 다양한 사회적 욕구에 맞춘 패러다임 변화를 모색할 필요가 있다.

1) 노인 돌봄부담 급증과 돌봄정의의 실현

급격한 고령화와 함께 신체·정신적 돌봄 필요가 큰 고령노인, 독거노인, 치매노인 증가로 노인돌봄 문제가 심화되고 있다. 과거 돌봄노동을 제공하던 가족은 노인 1인 가구 증가 등 동거형태의 급격한 변화로 주돌봄 제공자로서의 역할을 하기가 점차 어려워지고 있다. 돌봄 부담을 사회와 연대하고 공유하는 사회적 흐름에 따라 돌봄의 사회화와 돌봄 정의의 실현이 앞으로 상당기간 동안 우리 사회에 중요한 정책화두가 될 것이다. 개인, 가족, 지역사회와 중앙정부의 역할이 어떻게 구분되는 지에 대한 책무성과 거버넌스가 중요하게 논의될 것이다.

2) 건강의 지역격차 심화와 노년기 건강불평등

현재 의료자원의 지역간 불균형을 고려하거나 해결하지 않는다면 건강수명의 지역간

격차는 크게 벌어질 전망이다. 지역에 따라 노년기 건강불평등 또한 심화될 가능성이 높다. 도시-농촌 등 지역별 노인 인구수와 노인 인구 비율의 편차가 크고, 보건의료 자원량과 질, 필수의료 접근성의 격차가 지역 간 크게 벌어진 상태를 고려하여, 중앙정부와 지방정부는 강력한 정책의지를 통해 형평성 개선 노력이 지속적으로 필요하다.

3) 지역사회 중심의 건강돌봄체계 강화

지역사회에서 이용가능한 노인 건강 및 돌봄 서비스는 매우 제한적이며, 제도의 분절로 서비스 사각지대가 광범위하게 존재한다. 지역사회에는 서비스 종류 및 양이 불충분하여 나이 들어 도움이 필요한 상황에서도 지역사회에서의 삶을 지속(Aging in Place)하는데 필요한 서비스 요구를 충족시키는 데 한계가 있다. 지역의 일차의료체계 및 건강관리체계가 적절히 작동하지 않아 만성질환 관리 및 예방관리 체계가 미흡하다. 지역사회에서 퇴원환자 및 만성질환자에 대한 관리가 적절히 이루어지지 못하는 상황에서 의료보장성 강화는 입원 의료이용 증가로 연결된다. 장기요양보험 수급권을 갖지 못하였으나 긴급돌봄서비스가 필요한 퇴원환자 및 재활환자, 그리고 간헐적으로 일상생활 지원이 필요한 고령자 및 독거노인의 경우에 지역사회생활(Aging in Place)을 위해 필요한 서비스를 제 때 적절히 이용할 수 없어 불가피하게 요양시설 또는 요양병원 선택으로 내몰리거나 사각지대에서 방치된다. 불충분한 장기요양 재가 급여서비스로 인해서, 노인과 가족 입장에서 장기요양제도는 시설급여를 이용했을 때 더 큰 인센티브로 작동하게 된다.

라. 건강노화를 위한 정책방향과 목표

건강노화 정책의 마스터플랜이 우선 시급하다. 건강노인, 기능저하 및 치매노인, 장기요양 대상 노인 등 노인건강수준별 정책목표와 정책과제를 설정하고 각각에 대한 사업 시

KOR 국가인권위원회 humanrights.go.kr

행계획을 마련한다. 노인의 신체적, 정신적, 사회적 건강영역을 포괄하는 정책과제를 마련해야 할 것이다. 건강 노화에 관한 깊은 이해를 통해 노인에게 가장 필요한 보건정책에 도달할 수 있다(Gillick, 1994). 그동안 WHO 등에서 통용되고 주장되어 온 건강노화와 활기찬 노화 개념을 바탕으로, 생의 전반에 걸쳐서 건강과 복리를 보호하는 요소를 증가시키고, 주요 질환의 발생 원인과 관련된 위험요소를 줄일 수 있어야 할 것이다. 건강증진, 질병예방에 초점을 맞추고, 비용 효과적이고 공평하며 질적인 장기요양보호 대책을 강조하는 일차보건의료체계를 개발하여야 한다(WHO, 2003). 또한 노인 의료공급 체계의 개선으로 다양한 노인건강 관련 공공의료공급체계 확보에 대한 노력도 필요하다. 공공과 민간의 역할분담에 대한 사항도 포함되어야 한다. 적정 인력, 전문성, 역량과 타분야와의 열린 업무협조 체계 등도 필요하다. 개인을 중심으로 한 개별 중재 사업에서 탈피하여 강화요인을 중심으로 사회자본 향상을 고려한 인구기반 건강결과에 주목해야 할 것이다.

1) 건강정책의 생애과정 접근 장착되어야

노년기 건강 상태는 생애과정동안 사회경제적 지위와 건강 상태에 의해 영향을 크게 받는다. 아동기 빈곤과 불건강은 그 이후의 건강에도 잠재적 영향을 미칠 수 있으며, 교육, 근로, 생활환경의 경로로 건강에 해를 주는 작업환경이나 더 위험한 직업에 노출가능성이 높고, 고위험 주택이 모여있는 건강하지 않은 지역에 거주할 가능성이 커진다. 또한 빈곤으로 인한 건강 피해는 평생 동안 지속적으로 쌓인다. 즉, 누적효과가 있다는 것이다. 성별, 계급 및 장애 등의 사유로 인한 차별은 장기적이고 맥락적인 차원에서 개인에게 악영향을 끼치고 있다. 사회적 불의가 건강에 좋지 않은 영향을 미치고 양질의 의료 서비스접근성과 삶의 기회에 영향을 미치는 경우, 전체적으로 생애과정상의 건강에 부정적인 영향을 미칠 가능성이 있다. 또한 면역 기능에 영향을 미치고 유전 물질과 그 발현을 변경하거나, 텔로

미어 길이를 변경하는 등, 사회적 및 환경적 힘은 사람의 생물학적 기능에 실질적으로 각인된다(Blackburn et al, 2015; Douthit et al, 2010).

2) 건강불평등 개선 정책이 바로 건강노화 정책

노년기 건강에 영향을 미치는 누적된 평생의 불이익을 고려해 보면, 불평등을 줄이기 위해 현재와 미래의 노년세대들 사이 소득과 부의 분배와 건강 및 사회서비스에 대한 접근을 개선해야 한다. 은퇴 후 삶과 소득, 의료의 질, 지역사회 통합에서 성별, 사회경제적 계층, 장애 등의 이유에 따른 불평등을 줄이는 공공정책이 필요하다(Wallace, 1998). 노인 빈곤층, 노인 여성은 정치과정으로부터 소외될 수 있기 때문에 더욱 그렇다. 생애과정 전반에 걸친 경제적 보장을 포함하여 노인이 살아가는 곳의 구조적 요인에 초점을 맞춘 정책은 모든 국민에게도 영향을 미친다. 적절한 의료 서비스에 대한 접근을 보장하는 것과 같이 잠재적으로 모든 노인에게 영향을 미칠 수 있는 인구 기반의 중재는 중산층 및 정치적으로 영향력 있는 사람들을 포함한 광범위한 정치적 지지를 끌어낼 수 있을 것이다. 공동체 차원의 변화도 건강을 증진시킬 수 있다. 예를 들어, 적절한 주거, 영양, 의료 서비스를 보장받기 위해 재정을 투입하면, 노인이 주로 경험하는 치료과정과 건강불평등 및 경제적 불평등을 줄이는 데에도 도움이 될 수 있다. 모든 유형의 정책변화는 광범위한 연대를 필요로 한다. 노인에 대한 자원분배를 실질적으로 개선한 정책은 노동, 시민단체, 보건전문가 등이 폭넓게 연대하여야 채택할 수 있다.

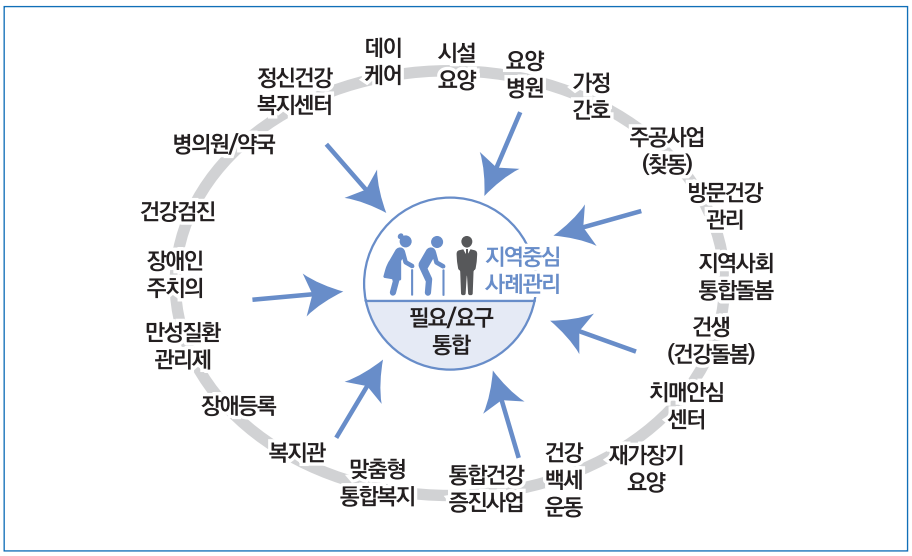
노화는 삶의 모든 사회적, 경제적, 문화적 영역에 스며드는 전생애적이고 사회 전반적 현상으로 보는 혁명적 사고가 필요하다. 인구 고령화는 사회의 기회이다. 그 속에 다양한 사회적 요구를 해결할 수 있는 풍부한 경험이 들어 있다. 사회 모든 구성원들이 삶의 모든 영역에서 가장 높은 수준의 가치를 정의(justice)와 결합한다면, 정책은 대중에게 더 많은

지지를 받을 것이다. 건강노화를 촉진하는 환경을 조성하기 위해 공공보건을 강화하고, 양질의, 저렴하고 우수한 일차보건의료와 장기요양에 대한 접근성을 높여야 한다. 만약 은퇴 후의 소득보장이나 의료서비스가 민간중심으로만 퍼진다면 사회의 노인들에게는 잃을 것이 많다. 연령통합적인 사회를 구축할 수 있는 플랫폼을 구성해야 할 것이다.

노인 빈곤층의 4분의 3은 전세계적으로 여성 노인이다. 이들의 요구를 반드시 해결해야 한다. 고령자에 대한 권리는 기본 인권으로 규정되어야 한다. 노인을 위한 사회정의는 세계인권선언과 국제협약에서 확립된 바와 같이 건강권 주장에서 출발해야 한다. 모든 연령에서 사회경제적 지위에 따른 건강 불평등을 줄이는 활동은 현재와 미래 노인 인구 집단 모두의 건강권과 사회정의를 촉진하는 것이다. 삶의 불평등은 운명이 아니라 제도, 정치, 경제, 문화 권력 네트워크에 내재되어 있다.

3) 건강노화 정책을 위한 구체적 전략

건강의 연속성 상에서 돌봄의 결핍을 채우고 돌봄의 정의를 실현하기 위해서는 지역사회 내의 건강과 돌봄, 복지 자원을 종합적으로 파악하고 조정(코디네이션)하는 기구가 설치되어야 한다. 보건-의료-복지-주거에 대한 지원은 제공자 중심이 아닌 서비스 내용에 따라 조정되어야 할 것이며, 지역사회의 주체성, 책임성을 강화하며 개인과 가족의 부담을 나누는 방식으로 건강생태계를 조성해 가도록 방향성을 잡아야 한다. 지역단위 재정과, 기술지원, 평가가 필수적이며, 민간/공공의 협력으로 돌봄 안전망 및 돌봄 자원을 구축하고 조정한다. 보편적 서비스와 선택/신청 서비스를 서로 연결하고, 의료와 돌봄 필요도가 높은 군을 위한 통합돌봄 중심의 노인의료지원사업군 전달체계, 재정지원 개선 방안을 마련하도록 한다.



〈그림 7〉 지역중심 노인건강돌봄 사례관리

일차의료-2·3차 의료-장기요양보호의 전체적 흐름에서 연속적 서비스가 관건인데, 그러기 위해서는 노인주치의가 반드시 필요하다. 전반적 건강 상태를 통합적으로 파악, 관리하고, 다음 단계 의료서비스에 자료가 연동, 부드럽게 연계되기 위한 첫 단추라 할 것이다. 전담의사(주치의) 체계와 함께 복합질환 허약 노인에 대한 포괄적 건강평가(CGA)를 작성하고 공유할 수 있는 DB 통합체계도 뒤따라야 한다. 지역사회에서 허약을 예방하고 관리할 수 있는 통합적 건강프로그램이 가능하도록 하기 위해서는, 아래와 같은 연속적 건강관리체계를 완성하는 것이 필요하다.

마. 돌봄 정의의 가치 실현

모든 사람은 불가피하게 특정 시점에서 누군가의 돌봄을 받는다. 이것은 생애과정동안 한번 이상 일어나는 어쩌면 당연한 일이다. 돌봄은 특히 장애가 있거나 고령이 되면 더

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

절실히 필요하다. 그러나 돌봄의 양과 질은 누구에게나 똑같이 주어지는 건 아니다. 개인의 특성이나 환경적 특성이 돌봄의 종류(공식, 비공식 돌봄)나 양, 질에 영향을 준다. 성별에 따라, 인종, 결혼상태, 기능상태, 치매여부나 가족자원의 정도에 따라 돌봄을 받는 정도는 상당히 다르다. 국가나 지역사회의 장기요양시설, 서비스의 양과 질, 장기요양제도의 재정상태에 따라 돌봄의 정도가 달라지는 것도 두말할 필요가 없다.

예를 들어, 남성 노인은 돌봄이 필요할 때, 비공식 간병인들의 도움을 더 많이 받는 반면, 여성은 공식간병인(요양보호사 등)의 도움을 더 많이 받는다(Jung, 2013). 결혼상태만 하더라도 공식, 비공식 간병 서비스의 접근성(Antonucci, 1990), 다른 가족원들의 도움의 정도에 큰 차이(Calsyn & Roades, 1994)를 가져온다. 결혼상태에 따른 차이는 젠더에 따라서도 다른 양상을 보이기도 해서, 이렇게 되면 돌봄 행태를 규정하기가 점점 더 복잡해진다(Katz, Kabeto, & Langa, 2000). 가족자원이 얼마나 많은가에 따라서도 돌봄의 양과 질은 영향을 받기도 한다(Kemper, 1992). 여기서 주지해야 할 사실은, 돌봄 행태의 양상이 노인의 현재 특성에 맞추어지는 것이 아니라는 것이다. 돌봄에 영향을 미치는 여러 요소들은 노인이 되기 훨씬 전부터 개인과 사회로부터 축적되어 온 생애과정의 여러 경험과 사회, 인구학적 요소들에 얽혀 있다. 돌봄의 형평성이 무엇이고 왜, 어떻게 실현되어야 하는가, 이제 정책에서 다루어야 한다.

만약, 우리가 돌봄에 대해 사회심리학적 요인들(얼마나 부담감이 크며, 얼마나 우울하며, 얼마나 행복하지 않은지 등)에만 초점을 맞춘다면 사람들이 왜 특정 유형의 돌봄을 선택하거나 선택하지 못하는 지에 대해서 알 수가 없다(Kim, Choi, Lee, Jang, & Kim, 2018; Tronto, 2013). 돌봄을 주고 받는 행위 자체의 특성은 무엇이 적정한 돌봄인가, 돌봄의 본질이 무엇인가를 자연스럽게 보여준다. 돌봄을 주고받는 행위는 집단마다 다르다. 사회경제적 측면뿐만 아

니라, 국가, 사회, 지역사회, 문화의 다양성에 대해서도 종합적으로 고려할 필요가 있다. 돌봄은 더이상 개인적인 선호가 아니며, 한 국가에 깊숙이 뿌리박힌 불평등의 문제와 맞닿아 있다는 것을 인식해야 한다. 사회적 불평등 문제의 연장선상에서, 특히 뿌리깊은 성별 불평등의 견지에서 살펴봐야 한다.

공통적으로 돌봄 기능은 철저하게 성별로 분리된 양상을 보여왔다. 그러나, 현재의 한국 노년 세대에게는 최적의 돌봄을 누구로부터 어떻게 받을 수 있는가라는 것이 훨씬 더 복잡한 문제가 되었다.

최초 은퇴연령이 50대 중반인 우리나라 특성을 볼 때, 많은 직장 은퇴자들이 자영업으로 전환을 하고 있고, 자영업자의 삶은 쉼과 돌봄이 없는 삶으로 대변된다(J. Jang et al., 2008). 높은 교육열은 부모로서 해야 할 자녀 돌봄의 종류나 양을 크게 부풀리는 특성이 있다. 자녀가 학령기에 있을 때, 부모는 그들의 노부모를 돌볼 수 있는 여건이 열악한 편이다. 모든 사람들이 누구든 어디에 살든, 어떤 연령에 있든 상관없이 필요한 돌봄을 받을 수 있는 돌봄의 형평성을 기대하기 어려운 환경이 조성되어 있음을 쉽게 예상할 수 있다. 돌봄 제공은 일차적으로 노동시장에서 배제된 여성 노인이 담당해왔고, 이것은 가족내에서, 지역사회와 사회에서 너무나 당연하게 여겨져 왔다(S. N. Jang, Avendano, & Kawachi, 2012). 그러나, 이게 왜 당연한가?

산업화 시대의 경제성장 중심 패러다임 하에서 돌봄 문제는 정책적으로 제대로 다루어지지 못했다. 저출산·고령화 속에서 돌봄이 제대로 다루어지지 못하면서 만들어진 돌봄 위기, 돌봄결핍의 문제가 외형적으로 표출된 것이다. 산업화 시기 동안 돌봄은 가족 안에서 여성 노동으로 자연시되어 왔고, 여성 노동으로 돌봄이 성별화되는 것에 대한 사회적 문제제기가 널리 확산되고 있다. 그런데, 이제 돌봄책임은 단순히 여성 책임으로 성별화되

었을뿐만 아니라 계층, 세대, 인종과 젠더가 서로 교차하면서 더 복잡한 불평등과 부정의 문제가 나타나고 있다. 따라서, 정책은 돌봄 책임 분배 변화의 지형을 파악하고, 돌봄 현실을 잘 반영하는 제도여야 한다. 현재까지 정책은 아동돌봄에는 보육정책, 노인돌봄에는 장기요양보호정책 등과 같이 대상 중심으로 분절화된 방식으로 이루어져 왔고, 초등돌봄 등 추가적 필요가 발생할 때 대응 방편도 추가되고 있다. 돌봄은 생애주기 안에서 태어나서 죽을 때까지 지속적으로 이루어지는 문제이며, 인간은 누구나 돌봄의 수혜자도 되고, 돌봄의 제공자도 될 수밖에 없는 상시적인 위험 속에서 살고 있다. 따라서, 누구나 돌봄의 수혜자가 되거나 돌봄의 제공자가 되더라도 위험에 직면하지 않도록 예방을 제도화해야 한다. 이러한 관점에서 향후 가족돌봄 제공자의 부담을 경감시킬 수 있는 정책 대안에 방향성을 찾아야 한다.

1) 돌봄대상에서 돌봄자 중심으로 패러다임 전환

돌봄정책은 돌봄 대상에서 돌봄자 중심으로 패러다임 전환이 이루어질 필요가 있다. 현재 정책은 돌봄대상과 돌봄자에 대한 일반적 통념에 기반해 이루어지지만 현실에서는 이러한 통념에 도전하는 사례들이 많이 존재한다. 경제불안이 상시화되고, 맞벌이가 일반화되면서 은퇴 이후 돌봄 제공자로서 더이상 호명되지 않을 것이라 여겨졌던 중고령 이상 여성들이 성인 자녀의 자녀에게 돌봄을 다시 제공하게 되면서, 손자녀에 대한 조부모 돌봄은 일반적인 트렌드가 되었다(김양지영, 2015). 즉, 아동을 대상으로 한 가족 돌봄 제공자는 부모일 것이라는 정책적 전제가 맞지 않을 수 있음을 의미한다. 아동은 부모가 돌본다는 전제하에 정책이 입안될 경우, 부모 대상의 육아휴직, 가정양육 수당 등은 조부모의 실질적인 가족돌봄 제공자로서 부담을 경감시키지 못하면서 정책 미스매치(부조화)가 발생할 수 있다. 그리고, 실제 돌봄을 제공하면서도 조부모의 돌봄자로서의 존재는 정책 설계에서 비

가시화되는 현상이 나타날 수 있다.

돌봄 대상과 가족돌봄 제공자의 미스매치 뿐 아니라 돌봄자가 한 명의 돌봄 대상만 돌본다는 통념도 돌봄 현실을 충분히 반영하지 못할 수 있다. 대표적으로 이중돌봄 논의가 이에 해당된다. "단지 아픈 노인을 직접 먹이고, 씻기고, 밤새워 지켜봐주는 것(직접 수발 행위)을 넘어서 아동/노인을 위해 집을 청소하고, 빨래하고, 장을 봐서 음식을 만들고, 쉴 수 있도록 정돈하는 등의 일상생활(일상생활 지원)과 도우미(아이/노인 돌보미)를 고용하거나 공공/민간 기관이나 병원에 연락하고 각종 서비스를 연결하고 병원 등에 직접 모시고 가는 등의 행위(서비스 관리 지원), 정신적으로 푸념이나 하소연, 불평을 들어주거나 이야기를 나누는 행위(정신적 케어 또는 관계적 지원), 정기적으로 혹은 필요에 따라 생활비나 병원비 등의 경제적 도움을 주는(경제적 지원) 등 다양한 차원에서 이루어진다(송다영, 2016: 132)".

현재 정책은 돌봄의 다중성, 일상성, 지속성에 제대로 대응하지 못하고 있다. 장기간 돌봄으로 심신이 지친 돌봄자를 위한 휴식 서비스, 상담 서비스를 확대 시행할 필요가 있다. 이중돌봄은 중고령 세대 뿐 아니라 30, 40세대에서도 이루어진다는 점이 보고되고 있어(송다영, 2014), 생애주기 안에서 누구에게든 일어날 수 있는 돌봄 현실일 수 있다.

2) 탈가족화와 재가족화 쟁점

장기요양제도는 탈가족화와 탈성별화를 지향해야 하며, 재가족화 결과를 가져오는 정책에 대해 주의를 기울여야 한다. 장기요양제도는 현물급여, 현금급여, 돌봄수당, 세액공제, 유무급 휴가제도, 유연근무제, 가족돌봄자에 대한 훈련과 교육, 일시위탁돌봄(respite care), 상담서비스 등 여러 가지 방식으로 이루어진다. 이 중에서 가족돌봄이 제도 안에서 지속되도록 직접 지원하는 정책수단이 노인을 돌보는 가족에게 직접 지급되는 돌봄수당과 가족이나 이웃, 친지를 포함해서 자신을 돌볼 사람을 직접 고용할 수 있도록 노

KOR 국가인권위원회 humanrights.go.kr

인 이용자에게 현금을 지급하는 현금급여이다. 즉, 돌봄수당은 가족돌봄자의 권리와 활동을 국가가 직접 보장하는 것이고, 현금급여는 노인 이용자의 서비스 권리를 기반으로 지급되는 급여로 서비스 이용자의 욕구와 선택에 입각해 서비스 제공을 보장한다는 취지를 가진다(Daly, 2002; 김민경 외, 2018 재인용).

돌봄노동의 제도화와 관련해 주로 현금급여와 현물급여의 두 가지 방식으로 구분된다. 대체적으로 현금 지급 방법은 직접적 보상과 제공을 통해 단기적 효과는 가져오지만 성역할 변화없이 전통적 성역할을 재강화하고 재가족화(refamilization) 위험이 있고, 서비스 제공은 탈가족화(de-familization) 경향을 가진다는 주장이 있다(Boje & Leira, 2002: 한국여성개발원, 2006 재인용).

3) 생애주기 안에서 일생활 균형 모색

생애주기 안에서 누구든 일생활 균형을 모색할 수 있는 정책 패러다임으로 확장할 필요가 있다. 가장 좋은 돌봄을 얻기 위한 방법은 돌봄을 제공하는 자를 잘 돌보아 주는 것이다(Kittay, 2016). 현재 한국의 정책은 돌봄에 대한 필요가 발생할 때마다 대응책을 추가적으로 마련하면서, 파편화되고, 분절화된 정책이 되어가고 있다. 하지만, 앞으로는 돌봄 결핍 자체가 위기가 되는 상황을 인정하고, 돌봄 위기의 문제가 생애주기 전체에서 빈틈 없이 대응되어질 수 있도록 정책 패러다임 변화가 필요하다. 지금까지 일가족 양립, 일생활 균형의 이슈는 초기 양육기 자녀를 가진 부모의 문제로 축소되어 왔다. 하지만, 다양한 세대와 연령, 성별에서 돌봄책임은 유급노동 문제와 충돌할 수 있는 가능성이 나타나고 있다. 노인돌봄의 다양한 주체도 정책의 수혜를 받을 수 있도록 일생활 균형 정책 대상의 적극적인 확장이 필요하다. 돌봄자와 돌봄 대상의 결합을 벗어나 개별 주체로서 개인의 생애주기별 복지를 돌봄 패러다임과 결합함으로서 개인 단위의 복지 실현이 비로소 이루어진

다(송다영, 2013).

국가 제도화 미비의 문제가 여성책임으로 다시 전가되는 노인장기요양 서비스 불충분의 문제를 해결하는 것이 신건강정책의 선제 조건이다. 돌봄노동은 여성화되어 있고, 자녀에 대한 양육 초기에만 여성의 돌봄책임이 집중되어 있을 것이라는 통념과 달리 여성은 비혼 딸, 며느리, 아내, 어머니, 할머니 등 다양한 정체성으로서 생애주기의 대부분의 시기 동안 돌봄의 주체로 호명된다. 생애주기 안에서 누구나 언제든 돌봄의 필요를 가질 수 있음을 고려한 새로운 일생활 균형 패러다임 정책이 필요하다.

4) 지역사회를 중심으로

주민에게 필요한 실질적인 서비스 제공이 이루어졌음을 파악하는 데에는 지역사회 단위가 정책 실현의 최전선으로서 의의가 크다. 신건강정책을 실시하는 지역의 수나 지역별 지출규모, 수혜자의 수만으로는 건강노화를 위한 신건강정책의 기획이 성공적이었는지 판단하기 매우 어려울 수 있다. 결국 환류를 통해 어떤 개선이 필요한지 적절한 정보를 얻기 위해서는 구체적인 실행 주체와 실행 단위가 필요한데, 이것은 바로 지역사회, 즉 지방자치단체의 역할이다.

효율성 측면에서 예산의 효율적 배분과 사용이 이루어졌는지를 판단하고, 예산이 서비스 제공자에게 어떻게 제공되었는지, 서비스 수혜자에게 어떻게 지원되었는지, 정부와 서비스 제공자와의 관계는 어떠한지, 수혜자가 어느 정도의 예산액을 지원받았는지를 특정하기 위한 단위가 지역사회이기도 하다. 효율성을 높이기 위해 어떤 부분의 노력이 향후 더 추가되어야 할지를 가름하는 평가가 가능한 단위도, 그러한 본연의 목적을 달성하기 쉬운 주체도 지역사회이다.

지역사회를 중심으로 할 때, 통합성, 적합성, 포괄성이 획득되어야 하는데(전용호,

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

2020), 통합성의 원칙은 장기요양 노인의 욕구를 충족하도록 재가와 지역 서비스가 지역단위에서 연계되어 제공되는 것을 의미한다. 중앙정부가 장기요양과 관련 제도의 연결을 주도하고, 각 지역단위에서 기관들끼리 대상자에게 통합적인 서비스 제공을 위한 협조가 이뤄져야 할 것이다. 특히 보건의료와 복지 영역의 통합을 정책적으로 강조하는 것이 필요하다. 적합성은 적합하고 충분한 요양서비스의 제공을 의미하며, 요양요구를 충족하도록 지역사회에서의 재가서비스의 급여량과 품질이 적합하게 제공되어야 한다는 것이다. 앞서 논의한 Aging in place가 실현되려면 노인 욕구의 중증도를 고려해서 충분한 급여량이 제공되어야 하며 그렇지 않으면 오히려 노인을 고립시키고 방임의 학대 상태에 처하게 된다. 커뮤니티 케어의 도입으로 지역의 공식과 비공식 자원(예: 후원 등 지역자원의 제공)에 대한 제공의 필요성이 증대되었으며 노인의 욕구가 충족될 만큼의 일정수준 품질이 보장되는 서비스가 제공되어야 한다는 공론이 일고 있다. 그렇지 않으면 서비스의 접근과 이용 자체를 기피하고 오히려 시설 입소를 촉진시키게 될 것이다. 포괄성은 보건의료와 복지, 주거 등 혼합적 서비스가 병합되어 제공되어야 함을 의미한다(전용호, 2020).

참고문헌

- 국가인권위원회(2018), 노노돌봄 현황 실태조사
- 김민경, 한은정, 이호용, 이선화, 유애정(2018), 가족요양서비스 제도 개선에 관한 연구, 국민건강보험 건강보험정책연구원
- 김양지영(2015), “돌봄의 세대 전가: 전일제 취업 부부의 조(부)모 양육 지원을 중심으로”, 한국여성학, 31(4), 87-145쪽.
- 김영란(2007), “가족 돌봄자의 노인 돌봄노동시간 및 돌봄스트레스에 영향을 끼치는 요인에 대한 연구”, 여성연구, 72(1), 31-72쪽.
- 김희경(2019), “할마쇼크: 한국 가족주의의 그림자와 틇편뭜-모성의 사회문화적 구성”, 한국문화인류학 52(2), 101-143쪽.
- 백경흔·송다영·장수정(2018), “이중돌봄 맥락에서 본 부정의한 세대 간 돌봄책임 재분배”, 한국여성학, 34(2), 33-70쪽.
- 송다영(2013), “여성주의 관점에서 본 생애주기별 복지와 돌봄 패러다임”, 페미니즘연구, 제13권 1호, 93-129쪽.
- 송다영(2014), “한국 30-40대 여성의 이중돌봄 현실과 돌봄경험의 다중성에 관한 연구”, 한국사회복지학, 66(3), 209-230쪽.
- 송다영(2016), “돌봄자 관점에서 본 이중돌봄의 현실과 일상성에 관한 연구”, 부산대학교 여성연구소, 여성학연구, 26(2), 127-161
- 송다영·백경흔·장수정(2018), “중고령 이중돌봄자의 소진에 관한 연구”, 가족과 문화, 30(1), 58-85쪽.
- 안숙영(2018), “돌봄노동의 여성화에 대한 비판적 고찰”, 한국여성학, 34(2), 1-32쪽.
- 오영란(2019), “일본의 남성가족돌봄노동자 증가의미와탈젠더화 가능성”, 일본근대학연구, 63, 229-258쪽.
- 이윤경(2018), “노인 돌봄의 사회화 동향”, 한국의 사회동향 2018 - 건강, 통계청

- 지은숙(2017), “비혼여성의 딸노릇과 비혼됨(singlehood)의 변화: 일본의 부모를 돌보는 딸들의 사례를 중심으로,”, 한국문화인류학, 50(2), 189-235쪽.
- 최경덕, 안태현(2019), “비공식 돌봄과 노동시장 참여 및 성과에 관한 분석”, 보건사회연구 39(1), 39-71쪽.
- 키테이, 에바 페더(2016),『돌봄: 사랑의 노동』, 김희강·나상원 역, 서울: 아포리아 (Kittay, Eva Feder, *Love's Labor, Routledge*, 1998)
- 트론토, 조안 C.(2014),『돌봄 민주주의』, 김희강·나상원 역, 서울: 아포리아(Tronto, Joan C.. *Caring Democracy*, New York University Press, 2013)
- 한국보건사회연구원(2010), 베이비부머의 생활실태와 복지욕구
- 한국보건사회연구원(2017), 2017년도 노인실태조사
- 한국여성개발원(2006), 가족내돌봄노동실태조사
- 김은아, 오유미, 조성일(2020), 국민건강증진종합계획 2030의 수립 개선 전략: 작성지침 준수도 평가를 통하여. *보건교육건강증진학회지*, 37(1), 33-44.
- 박순우 외(2018), *제5차 국민건강증진종합계획 수립 방향 연구*, 대구가톨릭대학교 산학협력단, 보건복지부.
- 고숙자, 정영호, 이재용(2018), 보건소 방문건강관리사업의 편익 분석. 보건교육건강증진학회지, 35(5), 69-78.
- 김대중(2016), 유럽 주요국의 원격의료 사업모델과 시사점. 보건복지포럼, 2016(5), 107-117.
- 김영지, 장숙랑(2016), 방문건강관리사업 대상 취약계층 노인의 허약과 우울의 개선에 관한 연구. *노인병*, 20(2), 85-93.
- 김정근(2018), 고령층을 위한 복지기술과 복지기술영향평가에 대한 연구. *한국콘텐츠학회논문지*, 18(5), 156-166.
- 김진현 외(2020), *보건소 방문건강관리사업의 경제성평가*, 서울대학교 산학협력단·보건복지부.

- 남혜경, 조경숙(2015), 맞춤형 방문건강관리사업 내 방문간호사의 직무분석, *근관절건강학회지*, 22(3), 205-218.
- 박찬경, 박기수, 강영실(2013), 방문건강관리 간호사의 직무스트레스, 직무만족도와 조직애착도. *농촌의학·지역보건*, 38(1), 39-48.
- 보건복지부·한국건강증진개발원(2020), 2020년 지역사회 통합건강증진사업 안내 [방문건강관리]. 세종: 보건복지부.
- 최은진, 김진희, 김영복, 윤난희, 신나라, 윤시몬(2019), *지방자치단체 건강영향평가 기술지원사업-역량강화(empowerment)를 중심으로*, 세종: 보건사회연구원.
- 통계청(2019), 생명표.
- 한영란, 양숙자, 함옥경, 이건아, 김서현, 하재영(2020), 국외 커뮤니티 케어의 방문간호 서비스 사례 분석, *한국보건간호학회지*, 34(1), 5-21.
- Allen, S. M. (1994). Gender differences in spousal caregiving and unmet need for care. J Gerontol, 49(4), S187-195.
- Antonucci, T. (1990). Social support and social relationships. Handbook of aging and the social sciences. Edited by: Binstock RH, George LK. 1990: San Diego, CA: Academic Press.
- Barer, B. M., & Johnson, C. L. (1990). A critique of the caregiving literature. The Gerontologist, 30(1), 26-29.
- Calsyn, R. J., & Roades, L. A. (1994). Predicting perceived service need, service awareness, and service utilization. Journal of Gerontological Social Work, 21(1-2), 59-76.
- Dilworth-Anderson, P., Williams, I. C., & Gibson, B. E. (2002). Issues of race, ethnicity, and culture in caregiving research: A 20-year review(1980–2000). The Gerontologist, 42(2), 237-272.
- Eun, Y.-O., Chung, S.-H., & Kim, H.-K. (2009). Gender role identity and health behaviors in adults. The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education, 15(1), 100-108.

• Gaugler, J. E., Kane, R. L., Kane, R. A., & Newcomer, R. (2005). Unmet care needs and key outcomes in dementia. Journal of the American Geriatrics Society, 53(12), 2098-2105.

• Ha, S. C. (2016). The effect of mother's economic support and grandchild care on cohabitation with adult children - focusing on the long-term reciprocity model. Korean Journal of Family Social Work, 53, 161-198.

• Hopp, F. P. (1999). Patterns and predictors of formal and informal care among elderly persons living in board and care homes. The Gerontologist, 39(2), 167-176.

• Jang, J., Boo, K. C., Lee, H. J., Shin, H. K., Lee, C. H., Jang, S. N., . . . Berkman, L. F. (2008). International Comparison Study on the Labor Market for the Middle Aged or older.

• Jang, S. J., Song, D., Baek, K., & Zippay, A. (2019). "Double child and elder care

• Jang, S. N. (2017). Trends of health status and medical utilization among Korean baby boomers: Analysis from Korean Health Panel Survey 2008-2014. Annals of Geriatric Medicine and Research, 21(1), 24-30.

• Jang, S. N., Avendano, M., & Kawachi, I. (2012). Informal caregiving patterns in Korea and European countries: a cross-national comparison. Asian Nurs Res(Korean Soc Nurs Sci), 6(1), 19-26. doi:10.1016/j.anr.2012.02.002

• Jang, S. N., Kawachi, I., Chang, J., Boo, K., Shin, H. G., Lee, H., & Cho, S. I. (2009). Marital status, gender, and depression: analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing(KLoSA). Soc Sci Med, 69(11), 1608-1615. doi:10.1016/j.socscimed.2009.09.007

• Jeon, G.-S., Jang, S.-N., Kim, D.-S., & Cho, S.-I. (2013). Widowhood and depressive symptoms among Korean elders: the role of social ties. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 68(6), 963-973.

• Jeon, G.-S., Jang, S.-N., Rhee, S.-J., Kawachi, I., & Cho, S.-I. (2007). Gender differences in correlates of mental health among elderly Koreans. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62(5),

S323-S329.

- Jung, K. H., Sunwoo, D., Oh, Y. H., Lee, Y. K., Choi, I. H. (2013). Gender impact assessment on long-term care insurance. Retrieved from Seoul, South Kora:
- Katz, S. J., Kabeto, M., & Langa, K. M. (2000). Gender disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States. JAMA, 284(23), 3022-3027.
- Kemper, P. (1992). The use of formal and informal home care by the disabled elderly. Health services research, 27(4), 421.
- Kennedy, J. (2001). Unmet and undermet need for activities of daily living and instrumental activities of daily living assistance among adults with disabilities: estimates from the 1994 and 1995 disability follow-back surveys. Medical Care, 39(12), 1305-1312.
- Kim, S. H., Choi, Y., Lee, J. H., Jang, D. E., & Kim, S. (2018). A Review of Trend of Nursing Theories related Caregivers in Korea. Open Nurs J, 12, 26-35. doi:10.2174/1874434601812010026
- Ko, S.-H., Kim, M., & Park, E. (2013). Type of Gender Role Identity in Older Korean Men. The Journal of the Korea Contents Association, 13(9), 260-269.
- Lahaie, C., Earle, A., & Heymann, J. (2013). An uneven burden: Social disparities in adult caregiving responsibilities, working conditions, and caregiver outcomes. Research on Aging, 35(3), 243-274.
- Lee, H. (2015). A study on the gender inequality of elderly women's household and caregiving labor. PNU Journal of Women's Studies, 25(3), 141-177.
- Lee, S. H. (2017). Current Status and Family Caregiver Support Policy and Improvement Suggestions for for Long-term Care Service. Health and Welfare Forum, 253, 89-101.
- NHIC. (2016). 2016 National Long-term Care Statistics. Yonju: NHIC.
- Nishi, A., Tamiya, N., Kashiwagi, M., Takahashi, H., Sato, M., & Kawachi, I.

(2010). Mothers and daughters-in-law: a prospective study of informal care-giving arrangements and survival in Japan. BMC geriatrics, 10(1), 61.

- OECD. (2017). *OECD Employment Outlook 2014.*
- Riffin, C., Van Ness, P. H., Wolff, J. L., & Fried, T. (2017). Family and Other Unpaid Caregivers and Older Adults with and without Dementia and Disability. J Am Geriatr Soc, 65(8), 1821-1828. doi:10.1111/jgs.14910
- Sugiura, K., Ito, M., Kutsumi, M., & Mikami, H. (2009). Gender differences in spousal caregiving in Japan. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 64(1), 147-156. doi:10.1093/geronb/gbn005
- Tronto, J. C. (2013). Caring democracy: Markets, equality, and justice: NYU Press.
- Wan, T. T., & Arling, G. (1983). Differential use of health services among disabled elderly. Research on Aging, 5(3), 411-431.
- Weiss, C. O., Gonzalez, H. M., Kabeto, M. U., & Langa, K. M. (2005). Differences in Amount of Informal Care Received by Non–Hispanic Whites and Latinos in a Nationally Representative Sample of Older Americans. Journal of the American Geriatrics Society, 53(1), 146-151.
- Williams, J., Lyons, B., & Rowland, D. (1997). Unmet long-term care needs of elderly people in the community; A review of the literature. Home Health Care Services Quarterly, 16(1-2), 93-119.
- Wolff, J. L., Mulcahy, J., Huang, J., Roth, D. L., Covinsky, K., & Kasper, J. D. (2017). Family Caregivers of Older Adults, 1999-2015: Trends in Characteristics, Circumstances, and Role-Related Appraisal. Gerontologist. doi:10.1093/geront/gnx093
- Wolff, J. L., Spillman, B. C., Freedman, V. A., & Kasper, J. D. (2016). A National Profile of Family and Unpaid Caregivers Who Assist Older Adults With Health Care Activities. JAMA Intern Med, 176(3), 372-379. doi:10.1001/jamainternmed.2015.7664

- OECD. (2020). *OECD Health Statistics 2020.*
- Australian Institute of Health and Welfare. (2020a). *Australia's health performance framework*. Retrieved from https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/australias-health-performance-framework(last access: September 2020).
- Australian Institute of Health and Welfare. (2020b). *Australian health performance framework*(image). Retrieved from https://www.aihw.gov.au/getmedia/fc3986e1-782d-4759-ad2d-24e1b649e4c4/ap-and-descriptions-of-the-AHPF-framework.pdf.aspx(last access: September 2020).
- Health Promotion Canada. (2020). *Pan-Canadian Health Promoter Competencies*. Retrieved from https://www.healthpromotioncanada.ca/resources/hp-competencies/(last access: September 2020).
- United Nations. (2016). *United nations E-government survey 2016: E-government in support of sustainable development*.
- World Health Organization. (2012). *National eHealth Strategy Toolkit*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2016a). *From innovation to implementation. eHealth inthe WHO European region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2016b). *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth*. Geneva: WHO.
- Gillick, MR. (1994). Choosing medical care in old age: What kind, how much, when to stop. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Steven Mark Albert & Vicki A. Freedman. (2005). Public Health and Aging: Maximizing Function and Well-being, 2nd Ed. Springer, New York.
- WHO(2010), 「A conceptual frame work for action on the social determinants of heatlh」

PART 2

노인 환자의 인권

| 제 3 장 |

노인 환자의 인권 이슈

배현아(이화여자대학교 법학전문대학원 교수)

1. 노인 환자의 존엄과 가치

2. 행복을 추구할 권리

3. 차별금지와 평등할 권리

4. 자유로울 권리

5. 양질의 의료 서비스를 제공받을 권리

6. 불필요한 고통을 피할 권리

이 장은 "노인 환자의 인권 교재 개발 연구(2020, 국가인권위원회)"의 내용을 연구진으로 참여한 배현아 교수(이화여자대학교 법학전문대학원)가 정리하고 해설을 추가하여 작성되었습니다.

1. 노인 환자의 존엄과 가치

대한민국 헌법은 모든 국민에 대하여 인간의 존엄성, 행복추구권, 사생활의 자유, 인간다운 생활을 할 권리 등이 보장된다고 정하며, 노인 환자도 국민의 한 사람으로서 위와 같은 권리들을 당연히 보장받아야 한다.

헌법 제10조는 "모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다."라고 명시하고 있다.

헌법 제10조의 '인간의 존엄성'은 인간이 그 자체로 목적적 가치를 가진 존재이기 때문에, 목적이 아닌 수단적 존재로 대우해서는 안 된다는 것을 의미한다. 그리고 이때의 인간은 홀로 존재하는 이기적인 개인이 아니라, 공동체 내의 다른 사람의 존엄성도 인정하고 그들과 함께 조화롭게 살아가고자 하는 개인으로서의 존엄성을 의미한다.

또한, 헌법 제10조의 행복추구권도 국민의 기본권으로서 보호해야 한다고 규정하고 있다. 행복추구권은 한 개인이 자신의 삶을 살아가는 과정에서 주관적으로 행복을 추구할 수 있어야 하며, 국가는 이러한 행복의 추구와 그 실현에 대한 권리를 보호하고 보장해야 한다.

아울러 헌법 제34조는 "모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리"를 가진다고 정하고 있다. 헌법 제34조 제1항의 인간다운 생활을 할 권리는 우리 사회의 기준을 바탕으로 인간의 존엄성을 유지하고 살아가기 위해 필요한 생활을 할 권리를 의미한다. 인간다운 생활은 경제적, 사회적, 문화적 생활을 모두 포함한다고 해석되며, 특히 사회보장제도의 근거가 되는 권리이다.

이밖에도 헌법은 제37조 제1항에서 헌법에 명시적으로 열거되지 않은 국민의 기본권

도 보호받을 수 있다고 하고 있다고 하면서, 제2항에서 국민의 모든 자유와 권리는 국가안전보장·질서유지 또는 공공복리를 위하여 필요한 경우에 한하여만 법률로써 제한할 수 있으며, 제한하는 경우에도 자유와 권리의 본질적인 내용을 침해할 수 없다고 정하고 있다. 따라서 노인환자의 존엄과 가치에 근거한 노인환자의 인권 역시 헌법에 근거하여 보호되어야 하며, 헌법에 열거되지 아니한 이유로 경시되어서도 안 된다. 이에 따라 노인 환자의 모든 자유와 권리의 제한 역시도 국가안전보장·질서유지 또는 공공복리를 위하여 필요한 경우에 한하여만 법률로써만 제한할 수 있다.

이러한 헌법에 근거한 노인 환자의 존엄과 가치, 행복추구권을 실현하고 국민의 건강권을 보장하기 위한 「보건의료기본법」에서 위 헌법적 가치와 권리를 구체화하고 있다. 「보건의료기본법」 은 제정 이유에서 21세기를 맞이하여 국민의 새로운 보건의료 수요의 변화에 대응하여 국민의 건강권을 보장하고, 보건의료법령간의 체계성·연계성을 제고시키며, 각 부처의 보건의료기능에 대한 종합·조정기능을 강화하여 종합적이고 체계적인 보건의료정책의 수립·시행 체계를 마련함으로써 보건의료제도의 효율적인 운영과 국민보건의 향상을 도모하려는 것임을 밝히고 있다. 따라서 이 법은 보건의료를 통하여 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하는 것에 최고의 가치를 두고, 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 제도와 여건을 조성하며, 그 시행에 있어서 보건의료의 형평과 효율의 조화를 기함으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본이념으로 한다(보건의료기본법 제2조). 이러한 기본이념을 바탕으로 모든 국민은 보건의료에 관한 법령이 정하는 바에 의하여 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가지며, 성별·연령·종교·사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니하도록 하는 국민의 '건강권'을 규정하고 있다(법 제10조). 따

라서 노인 환자의 인권은 노인 환자의 존엄과 가치를 포함한 헌법적 가치에서 기인하여 보건의료기본법에서 규정하고 있는 노인 환자의 건강권 보장이라는 이슈로 이어지게 된다.

「보건의료기본법」은 보건의료에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 보건의료의 수요와 공급에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 보건의료의 발전과 국민의 보건 및 복지의 증진에 이바지하는 것을 목적으로 하는 법률이다(제1조). 이처럼 보건의료기본법은 국민으로서의 노인 환자를 그 대상으로 포함하고 있음은 물론이고, 노인 환자를 포함한 환자의 권리를 규정함과 동시에 보건의료서비스[1] 제공자로서 보건의료인의 권리와 책임을 정하고 있다. 이 법에 의해 보건의료인은 환자에게 양질의 적정한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 노력하여야 하며, 환자는 자신의 건강을 위하여 적절한 보건의료서비스를 받을 권리가 보장된다.

제5조(보건의료인의 책임) ① 보건의료인은 자신의 학식과 경험, 양심에 따라 환자에게 양질의 적정한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 노력하여야 한다.

제6조(환자 및 보건의료인의 권리) ① 모든 환자는 자신의 건강보호와 증진을 위하여 적절한 보건의료서비스를 받을 권리를 가진다.

또한, 보건의료기본법은 헌법에서 정한 기본권에 대하여 보건의료라는 맥락에서 구체적으로 보장되는 권리를 다음과 같이 정하고 있다.

제10조(건강권 등) ① 모든 국민은 이 법 또는 다른 법률에서 정하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다.

② 모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다.

제11조(보건의료에 관한 알 권리) ① 모든 국민은 관계 법령에서 정하는 바에 따라 국가와 지방자치단체의 보건의료시책에 관한 내용의 공개를 청구할 권리를 가진다.

1) 이 법에 의한 "보건의료서비스"란 국민의 건강을 보호 · 증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동을 말한다. 법 제3조 제2호.

② 모든 국민은 관계 법령에서 정하는 바에 따라 보건의료인이나 보건의료기관에 대하여 자신의 보건의료와 관련한 기록 등의 열람이나 사본의 교부를 요청할 수 있다. 다만, 본인이 요청할 수 없는 경우에는 그 배우자 · 직계존비속 또는 배우자의 직계존속이, 그 배우자 · 직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없거나 질병이나 그 밖에 직접 요청을 할 수 없는 부득이한 사유가 있는 경우에는 본인이 지정하는 대리인이 기록의 열람 등을 요청할 수 있다.

제12조(보건의료서비스에 관한 자기결정권) 모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식(臟器移植) 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다.

제13조(비밀 보장) 모든 국민은 보건의료와 관련하여 자신의 **신체상 · 건강상**의 비밀과 **사생활의 비밀**을 침해받지 아니한다.

보건의료기본법은 모든 국민의 권리로서 **건강권**에 대하여 자신과 가족의 건강을 위하여 차별받지 않고 보호받아야 한다는 점을 강조하고 있다. 노인 환자의 건강권 역시 차별받지 않고 보호받아야 함이 강조되어야 한다. 보건의료에 관한 알 권리는 자신의 보건의료와 관련한 기록에 대하여 열람, 사본교부 요청을 할 권리를 의미하며, 매우 예외적으로 일정한 조건을 갖춘 경우에만 본인이 아닌 사람이 열람, 사본교부 요청을 할 수 있다고 정하고 있다. 이후 논의 하게 될 노인 환자의 의사능력과 관련하여 알 권리를 포함한 보건의료에 관한 각 각의 권리 행사를 실질적으로 보장하기 위하여 제도화되어 있는 적절한 절차들을 관련 기관들과 종사자들은 인지하고 수행하여야 한다.

보건의료기본법은 환자 자신의 보건의료정보에 대한 열람권을 포함한 보건의료에 관한 알 권리에 대하여 규정하면서 환자 자신의 알 권리와 본인이 신청할 수 없는 예외적인 상황을 제외하고는 본인의 기록에 대한 열람으로만 제한하고 있다. 이에 보건의료기본법은 보건의료와 관련하여 신체상·건강상의 비밀을 특히 더 보호받아야 한다는 비밀보장에 대하여 정하고 있다. 즉 보건의료기본법은 헌법에 근거한 정보자기결정권에 따른 열람권과 동시에 보건의료와 관련한 신체상·건강상의 비밀을 보장받을 권리를 담고 있다.[2]

2) 헌법 제17조의 사생활의 비밀과 자유는 개인정보 보호가 중요한 현대에 국민의 기본권으로서 더 강조되고 있다. 사적 생활이 보호되어야 한다는 점, 개인정보에 대한 보호를 요구할 뿐만 아니라 자기 정보의 통제권도 포함하는 권리이다.

또한 보건의료기본법은 보건의료서비스에 관한 자기결정권에 대하여 자신의 질병에 대한 치료를 받을 때뿐만 아니라, 의학적 연구에 참여 여부, 장기이식 여부 등 보건의료 상황에서 이루어지는 의사결정과정에서 충분한 설명을 듣고 동의를 해야 한다는 내용을 포함하는 권리로 정하고 있다. 이 때 보건의료서비스에 관한 자기결정권의 구체적 실현을 위한 전제가 노인환자의 '의사결정능력'에 대한 평가이며, 보건의료 상황에서 이루어지는 의사결정과정에서 보건의료인이 제공하여야 하는 것은 '충분한 설명'이다. 또한 이 과정에서 사회·경제적 사유와 같은 외부적 요인의 개입이 없어야 한다.

이후에서 보건의료기본법 등에 근거한 노인 환자 인권과 보건의료 영역에서의 구체적 실현을 위한 법과 제도에 관하여는 각각의 권리를 중심으로 개별적으로 살펴보도록 하겠다.

또한, 보건의료기본법은 노인 환자를 위한 정책을 마련하고 시행할 것을 정하고 있다. 노인은 취약계층으로서 특별한 보호를 받아야 할 존재로 보고 있으며, 노인을 위한 보건의료사업계획을 보건의료발전계획에 반드시 포함시켜야 한다는 점을 정하고 있다. 또한 노인의 건강을 보호하고 증진하기 위한 시책을 강구해야 하는 책임을 국가와 지방자치단체에게 부과하고 있다. 이에 근거하여 노인환자와 같은 취약계층에 대한 적절한 보건의료서비스 제공을 위한 보건의료정책들이 수립되어야 하며, 이를 시행하기 위한 구체적인 수단으로서의 법과 제도도 마련되어야 한다.

제15조(보건의료발전계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장과의 협의와 제20조에 따른 보건의료정책심의위원회의 심의를 거쳐 보건의료발전계획을 5년마다 수립하여야 한다.

② 보건의료발전계획에 포함되어야 할 사항은 다음 각 호와 같다.

7. 노인·장애인 등 보건의료 취약계층에 대한 보건의료사업계획

제33조(노인의 건강 증진) 국가와 지방자치단체는 노인의 질환을 조기에 발견하고 예방하며, 질병 상태에 따라 적절한 치료와 요양(療養)이 이루어질 수 있도록 하는 등 노인의 건강을 보호·증진하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.

제45조(취약계층 등에 대한 보건의료서비스 제공) ① 국가와 지방자치단체는 노인·장애인 등 보건의료 취약계층에 대하여 적절한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.

이 밖에도 보건의료기본법은 보건의료인력의 교육에 대한 근거도 정하고 있다(보건의료기본법 제25조). 이에 근거하여 국가와 지방자치단체는 우수한 보건의료인력의 양성과 보건의료인력의 자질 향상을 위하여 교육 등 필요한 시책을 강구하여야 하며, 그 교육 대상에 노인 환자에게 보건의료서비스를 제공하는 보건의료인력이 포함되고, 교육 내용에 있어서도 노인 환자의 인권 보장을 위한 내용을 포함하여야 한다.

노인 환자 인권 관련 규정은 앞서 살펴본 국내 법체계뿐만 아니라 비교법적으로도 찾아볼 수 있다.

유럽연합 기본권 헌장(EUCFR) 제25조는 존엄성에 관한 권리(The right to dignity)로 '노인의 존엄과 독립적 삶을 영위하고 사회문화생활에 참여할 권리'를 인정하고 있다. 장기 요양병원에 입원한 노인은 존엄성에 대한 권리가 매우 취약하고, 노인 환자의 요구에 부합되지 않는 돌봄이나 식사 제공과 같은 존엄성을 침해하는 상황들이 발생한다. 예를 들어 요양보호사 축소로 야간 요양보호사 배치 대신 요실금 패드나 흡수 시트 제공 또한 존엄성을 침해하는 것이다.

사생활과 가족생활에 대한 권리(the right to privacy and family life)에 대한 존중권은 세계인권선언(UDHR) 제12조, 시민적·정치적 권리에 관한 협약(International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR) 제17조, 장애인권리협약(CRPD) 제22조, 유럽인권협약(ECHR) 제

8조에 있다. 개정 유럽사회헌장(RESC) 제23조는 노인 환자의 신분과 사적 공간에 대한 입소자의 권리를 존중하도록 규정하고 있다, 여기에는 옷 입기/목욕 시 신체노출 보호, 공개된 장소에서 노인 환자의 사생활 노출 보호 등이 포함되어 있다. 또한 사생활 대한 권리는 1) 개인의 도덕적 및 신체적 노출 보호, 2) 개인의 동의 없이 환자의 치료를 제공하는 것이 허용되는 상황에서 사생활 보호, 3) 개인 복장에 대한 선택권 등이 있다. 또한 장기 요양과 지원이 필요한 노인의 권리와 책임에 대한 유럽 헌장(ECROP) 제3조에 사생활에 대한 권리에는 개인의 시간과 공간뿐만 아니라 통신, 치료, 요양병원에서 제공하는 서비스에 대한 불만 제기의 자유로움 등도 포함된다.

앞에서 살펴본 노인 환자 인권 관련 국내외 규범들을 근거로 요약하자면 다음과 같다.

노인은 한 인간으로서의 연속성 상에 존재하고 특정 '나이'라는 기준에 이르기 이전부터 앞에서 살펴본 인간으로서의 기본적 권리를 존중 받아야 함에는 이견이 없다. 그런데 현대 산업사회에서는 늙음(aging, 노화)으로 인해 인간의 기본적 권리를 침해당하기 쉬운 취약성이 여전히 존재한다. 산업사회에서는 가족의 부양기능과 공동체의 보호기능이 약화되면서 다수의 노인들이 흔히 말하는 노인의 4苦(빈곤, 질병, 역할상실 및 소외, 고독)를 겪고 있다고 한다.[3] 보건 의료기술의 발달로 평균수명은 꾸준히 상승해가고 있지만 경제적, 신체적으로 자립생활이 곤란하게 된 노인들은 가족들이나 자녀들의 생활에 부담스러운 존재로 여겨지게 되었을뿐만 아니라, 사회에서도 가족이나 다른 세대에 의존적이며, 부양대상으로 간주되고 있다.

노인의 인권은 적극적으로는 '노후에도 인간답게 생활할 수 있는 권리'를, 소극적으로

3) 노인환자의 건강권에 대하여 대한민국 헌법이 명시적으로 규정하고 있지는 않지만 보건의료기본법 제10조는 건강권 등에 대하여 모든 국민은 이 법 또는 다른 법률에서 정하는 바에 따라 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다고 규정하고, 모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 '건강에 관한 권리'를 침해받지 아니한다고 건강권에 대하여 밝히고 있다.

는 '노인이라는 이유로 인간의 존엄성을 차별받지 않을 권리'로 볼 수 있다. 노인의 인권보장은 노인의 존엄성이 보호되고 안전하게 살 수 있으며, 착취와 학대의 대상이 되어서는 안 되는 것을 의미한다. 노인의 인권에서 가장 중요한 것은 '노화(aging)'란 인간 생애주기에서 점진적으로 일어나는 자연스러운 현상이라는 점이다. 오늘의 젊은이가 내일의 노인이며 지금의 노인이 과거의 젊은이였다는 당연한 인식은 노인에 대한 일체감을 갖게 해준다. 한마디로 표현하자면 나이가 든다(aging)는 것은 사회적인 문제를 일으키는 것이 아니며 사회적인 성취를 의미하는 것으로 보아야 한다. 그렇기 때문에 노인 환자의 존엄성은 보호되고 보장되어야 한다.

2020년 노인 환자의 인권교재 개발을 위해 실시한 심층 질적 조사 결과, 존엄성 보장 부분에 대해 의료기관 종사자와 간병인 그룹에서 많은 의견을 제시하였다. 두 그룹 모두 간병인에 대한 제도적인 보완이 선행되어야 인권과 관련된 부분이 보장될 수 있다고 하였다. 의료기관 종사자 그룹은 노인 환자를 대상으로 개인위생, 간식 제공, 욕창관리, 신체보호대는 가급적 최소한 사용, 종교활동 지원 등을 한다고 하였다. 그리고 현재 간병인 구조로는 노인의 존엄성을 보장하기 어려우며 간병인에 대한 제도 마련이 선행되어야 위에 언급한 활동이 가능하다고 하였다.

2. 행복을 추구할 권리

가. 일반적 행동의 자유

2020년 노인 환자의 인권교재 개발[4]을 위해 실시한 인터뷰 결과, 요양병원에서 개인의

4) 국가인권위원회(2020), 노인 환자의 인권 교재 개발 연구, 국가인권위원회.

일반적 행동의 자유를 우선적으로 존중하기 어려운 가장 큰 이유는 요양병원 내 규정과 절차가 있고, 이러한 것이 준수되어야 노인 환자를 안전하게 돌볼 수 있기 때문이라고 한다. 특히 노인 환자 및 보호자가 외출 및 외박을 요청하는 경우, 요양병원 밖에서 노인 환자의 상태 및 복약 순응 등이 모니터링 되지 않아 위험에 노출되어 있다. 노인 환자의 개인의 욕구가 무엇보다도 중요한 인권의 근거가 됨에도 불구하고 갑작스런 노인 환자의 상태 변화로 인해 요양병원 밖에서 노인의 안전을 담보하기 어렵기 때문에 부득이 제한을 하고 있다고 요양병원 측은 얘기한다. 그러나 노인 환자가 잠시나마 가족과 함께 가정에 있기를 원한다면 의사는 노인 환자 상태를 고려하여 외출 및 외박을 허용하고 노인 환자가 요양병원 밖에서 발생할 수 있는 응급 상황 및 대처 방안에 대해 교육하고 관련 내용을 의무기록에 남겨야 한다.

국내 보건의료법체계 하에서 요양병원은 의료법 상에 그 근거를 둔 의료기관이다. 의료법은 모든 국민이 수준 높은 의료 혜택을 받을 수 있도록 국민의료에 필요한 사항을 규정한 법률이며(제1조), 의료인과 의료행위에 관한 기본적인 사항을 정하고 있다.

의료법에 의해 요양병원은 병원급 의료기관으로서 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조 제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다(법 제3조 제2항 제3호). 이에 따라 요양병원은 30개 이상의 요양병상(장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상)을 갖추어야 한다(법 제3조의2). 이 법은 또한 요양병원 의료인의 정원과 시설기준을 정하고 있다.[5] 다만, 200병상 이하의 경우에는 주당

5) 의료법 시행규칙 [별표 5]
의료기관에 두는 의료인의 정원(제38조 관련)

16시간 이상의 시간제 근무 약사 또는 한약사를 둘 수 있다(시행규칙 별표 5의2).

이러한 인력기준 외에도 요양병원은 의료기관으로써 의료법 상의 규제 대상이 되며, 이에 따라 앞서 언급한 의무기록 작성과 보관 관련 규정도 적용된다.[6]

최근 코로나19로 인한 집단감염의 발생 상황 속에서 필수적인 의료 서비스 제공에 한계가 드러나기도 하였다. 요양병원(원)의 노인은 다른 사람과 가까운 거리에서 생활하고 동반 질환으로 인해 합병증과 감염 위험이 더 높기 때문에 감염병에 취약하다. 요양병원(원)은 감염병 대유형 초기에 관리 우선순위에 밀려 이로 인해 노인 환자와 직원이 보호받지 못하기도 하였다.

WHO에 따르면, 유럽의 코로나19 관련 사망의 약 절반이 요양병원(원)과 관련이 있다고 한다. 이로 인해 대부분의 국가와 세계보건기구는 요양병원(원)에서 코로나19에 대처하기 위한 지침을 개발했다. 코로나19 대유행 동안 요양병원(원)의 상황을 더 잘 모니터링 해야 한다.

심지어 감염병 대유행기간 동안 노인들이 '심폐소생술 금지' 동의서에 서명하도록 압력을 받는 사례가 보고되기도 하는데, 이후에서 살펴볼 연명의료결정과 완화의료에 관한

구분	요양병원
의사	연평균 1일 입원환자 80명까지는 2명으로 하되, 80명을 초과하는 입원환자는 매 40명마다 1명을 기준으로 함(한의사를 포함하여 환산함). 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산함.
치과의사	추가하는 진료과목당 1명(법 제43조 제3항에 따라 치과 진료과목을 설치하는 경우).
한의사	연평균 1일 입원환자 40명마다 1명을 기준으로 함(의사를 포함하여 환산함). 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산함.
간호사	연평균 1일 입원환자 6명마다 1명을 기준으로 함(다만, 간호조무사는 간호사 정원의 3분의 2 범위 내에서 둘 수 있다). 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산함.

6) 의료법 제22조(진료기록부 등) ①의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 "진료기록부등"이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.
②의료인이나 의료기관 개설자는 진료기록부등[제23조 제1항에 따른 전자의무기록(電子醫務記錄)을 포함하며, 추가기재·수정된 경우 추가기재·수정된 진료기록부등 및 추가기재·수정 전의 원본을 모두 포함한다. 이하 같다]을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보존하여야 한다.

법과 제도가 고령자에게 병원 치료를 거부하는 구실로 사용되어서는 안 된다. 노인들에게 그러한 동의서에 서명하도록 부당한 압력을 가하는 것은 그들의 인권을 침해하는 것이다. 또한 필수적인 의료서비스뿐만 아니라 코로나19 상황에서 외출 및 외박, 가족과의 면회에 대한 제한 역시 발생할 수 있다. 이 경우 노인 환자가 원할 때 전화사용을 용이하게 하고, 가족과 영상 통화 등을 통해 비대면으로 가족과 만남을 제공하여야 한다.

이러한 요양병원에서의 노인환자의 일반적 행동의 자유에 관하여 2020년 노인환자의 인권 교재 개발을 위한 심층 질적 조사 시 의료기관 종사자 및 간병인 그룹에서 치매 환자 등 너무 폭력적인 경우를 제외하고 신체보호대를 사용하는 것을 최소한으로 하고 있으며, 기본적인 사항 위주로 간병을 하고 있다고 답변하였다. 그런데 의료법 등에 의한 요양병원 의료인 인력기준에도 불구하고 요양병원에서 실질적인 의료서비스를 제공하는 간병인이 부담하는 환자가 8~10명으로 식사 보조뿐만 아니라 노인 환자의 외부 활동 또한 적극적으로 지원하기는 어렵다. 의료기관에서는 퇴원하고 싶어 하거나 정서적으로 불안정할 때 보호자와 연락을 하도록 지원하고 있다고 응답했는데, 일상적인 통신에 의한 소통은 가능하지만 거동이 불편하여 외출, 외박에 대한 권리는 상대적으로 지켜지지 않음을 알 수 있다.

나. 노인 환자의 자기 결정권

모든 인권은 모든 개인의 자유와 자율권을 보장하는 것을 목표로 한다. 어느 누구도 자신의 사생활 또는 통신에 대한 자의적이거나 불법적인 간섭이나 명예와 평판에 대한 불법적인 공격을 받지 않도록 규정함으로써 자율권을 보장하고 있다.

자율성은 노인 환자가 자신의 의견을 자유롭게 표현하는 것도 포함되므로, 노인이 스스로 돌봄 서비스의 종류를 선택하고, 노인의 독립성을 보장하여야 한다. 요양병원이 노인

환자에게 고지해야 되는 것을 충분히 수행하지 않거나 지속적으로 거부하는 것도 노인의 신체적, 정신적 학대의 한 형태가 될 수 있다.

요양병원은 노인 환자의 의사를 고려하지 않거나 심지어 노인 환자의 의사에 반하여 가족 등 보호자 또는 법정 대리인만의 동의를 얻어 치료방법을 선택하여서는 안 된다. 다른 의료기관과 마찬가지로 요양병원 역시 환자가 스스로 결정을 내리거나 필요하다면 대리인을 통해 자신의 의사를 전달될 수 있는 의사결정 시스템이 마련되어야 한다. 의사결정능력이 있는 노인환자는 다른 환자들과 마찬가지의 자기 결정권을 행사할 수 있어야 한다. 의사결정능력이 일부 불완전한 노인 환자라 하더라도 제한된 영역에서라도 스스로 결정할 수 있다. '모든 환자는 헌법 제10조에서 규정한 개인의 인격권과 행복추구권에 의하여, 생명과 신체의 기능을 어떻게 유지할 것인지에 대하여 스스로 결정하고 의료행위를 선택할 권리를 보유한다'. 노인 환자도 그러하다. 따라서 노인 환자 역시 '스스로의 결정에 따라 의료진이 권유하는 진료를 동의 또는 거절할 권리가 있지만 충분한 정보가 제공되지 않은 의학지식이 미비한 상태에서는 실질적인 자기 결정을 하기 어려우므로, 의료진은 환자의 증상, 진료의 내용 및 필요성, 예상되는 위험성과 함께 진료를 받지 않을 경우 예상되는 위험성 등 합리적인 사람이 진료의 동의 또는 거절 여부를 판단하는데 중요하다고 생각되는 사항을 설명할 의무가 있다[7].' 이 때, 노인환자에게 의료진이 권유하는 진료의 내용에는 연명의료가 포함되어 있을 수 있고, 그에 대한 동의 또는 거절할 권리 역시 노인 환자에게 있다.

구체적으로 보건의료기본법에서는 제12조에서 보건의료서비스에 관한 자기결정권에 대하여 모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식(臟器移植) 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다고 규정하고 있다. 보건의료서비스가 제공되는 매우 다양한 영역에

7) 대법원 2011.11.24., 선고 2009다70906 판결.

서 환자의 자기결정권이 중시되어야 하며, 이 때 충분한 설명의 대상으로 노인 환자도 포함이 되고 그에 따라 동의 또는 거절할 권리를 포함한 자신의 생명과 신체의 기능을 어떻게 유지할 것인지 스스로 결정하고 의료서비스를 선택할 권리를 가진다.

이 외에도 의료법 등은 의료인에게 설명의무를 부여하고 있으며, 설명의무는 수술, 수혈, 전신마취와 같이 사람의 생명 또는 신체에 중대한 위해를 발생하게 할 우려가 있는 의료행위를 할 때에는 설명을 하고 동의를 받아야 한다고 정하고 있다. 요양병원 종사자인 의료인에게도 의료법 상 의료행위에 관한 설명 규정이 적용된다.

제24조(요양방법 지도) 의료인은 환자나 환자의 보호자에게 요양방법이나 그 밖에 건강관리에 필요한 사항을 지도하여야 한다.

제24조의2(의료행위에 관한 설명) ① 의사·치과의사 또는 한의사는 사람의 생명 또는 신체에 중대한 위해를 발생하게 할 우려가 있는 수술, 수혈, 전신마취(이하 이 조에서 "수술 등"이라 한다)를 하는 경우 제2항에 따른 사항을 환자(환자가 의사결정능력이 없는 경우 환자의 법정대리인을 말한다. 이하 이 조에서 같다)에게 설명하고 서면(전자문서를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)으로 그 동의를 받아야 한다. 다만, 설명 및 동의 절차로 인하여 수술등이 지체되면 환자의 생명이 위험하여지거나 심신상의 중대한 장애를 가져오는 경우에는 그러하지 아니하다.

② 제1항에 따라 환자에게 설명하고 동의를 받아야 하는 사항은 다음 각 호와 같다.

1. 환자에게 발생하거나 발생 가능한 증상의 진단명
2. 수술 등의 필요성, 방법 및 내용
3. 환자에게 설명을 하는 의사, 치과의사 또는 한의사 및 수술등에 참여하는 주된 의사, 치과의사 또는 한의사의 성명
4. 수술 등에 따라 전형적으로 발생이 예상되는 후유증 또는 부작용
5. 수술 등 전후 환자가 준수하여야 할 사항

③ 환자는 의사, 치과의사 또는 한의사에게 제1항에 따른 동의서 사본의 발급을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 의사, 치과의사 또는 한의사는 정당한 사유가 없으면 이를 거부하여서는 아니 된다.

④ 제1항에 따라 동의를 받은 사항 중 수술등의 방법 및 내용, 수술등에 참여한 주된 의사, 치과의사 또는 한의사가 변경된 경우에는 변경 사유와 내용을 환자에게 서면으로 알려야 한다.

⑤ 제1항 및 제4항에 따른 설명, 동의 및 고지의 방법·절차 등 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

의료법 상 요양방법지도 의무와 의료행위에 관한 설명의무는 법률 상 부과된 명시적 의무로 헌법과 보건의료기본법 등에 기초하여 구체적인 법률로써 구체화된 의사(의료인) 등의 설명의무이다.

의사(의료인)는 의료법 외에도 진료계약상의 의무로 '당해 환자나 그 법정대리인에게 질병의 증상, 치료 방법의 내용 및 필요성, 발생이 예상되는 위험 등에 관하여 당시의 의료수준에 비추어 상당하다고 생각되는 사항을 설명하여 당해 환자가 그 필요성이나 위험성을 충분히 비교해 보고 그 의료행위를 받을 것인가의 여부를 선택할 수 있도록 할 의무가 있다.'[8]

'환자가 의사 또는 의료기관(이하 '의료인'이라 한다)에 진료를 의뢰하고 의료인이 그 요청에 응하여 치료행위를 개시하는 경우에 의료인과 환자 사이에는 '의료계약'이 성립된다. 이러한 의료계약에 따라 의료인은 질병의 치료 등을 위하여 모든 의료지식과 의료기술을 동원하여 환자를 진찰하고 치료할 의무를 부담하며 이에 대하여 환자 측은 보수를 지급할 의무를 부담한다. 질병의 진행과 환자 상태의 변화에 대응하여 이루어지는 가변적인 의료의 성질로 인하여, 계약 당시에는 진료의 내용 및 범위가 개괄적이고 추상적이지만, 이후 질병의 확인, 환자의 상태와 자연적 변화, 진료행위에 의한 생체반응 등에 따라 제공되는 진료의 내용이 구체화되므로, 의료인은 환자의 건강상태 등과 당시의 의료수준 그리고 자기의 지식경험에 따라 적절하다고 판단되는 진료방법을 선택할 수 있는 상당한 범위의 재량을 가진다. 그렇지만 환자의 수술과 같이 신체를 침해하는 진료행위를 하는 경우에는 질병의 증상, 치료방법의 내용 및 필요성, 발생이 예상되는 위험 등에 관하여 당시의 의료수준에 비추어 상당하다고 생각되는 사항을 설명하여, 당해 환자가 그 필요성이나 위험성을 충분히 비교해 보고 그 진료행위를 받을 것인지의 여부를 선택하도록 함으로써 그 진료행

8) [대법원 1999.9.3. 선고, 99다 10479 판결 외 다수]

위에 대한 동의를 받아야 한다. 환자의 동의는 앞서 검토한 헌법 제10조에서 규정한 개인의 인격권과 행복추구권에 의하여 보호되는 자기결정권을 보장하기 위한 것으로서, 환자가 생명과 신체의 기능을 어떻게 유지할 것인지에 대하여 스스로 결정하고 진료행위를 선택하게 되므로, 의료계약에 의하여 제공되는 진료의 내용은 의료인의 설명과 환자의 동의에 의하여 구체화된다. 다만 의료적 의사결정 당시 노인환자의 의사능력이 없다고 판단될 경우 환자의 의사를 객관적으로 추정하되, 환자의 의사를 확인할 수 있는 객관적인 자료가 있는 경우에는 반드시 이를 참고하여야 하고, 환자가 평소 일상생활을 통하여 가족, 친구 등에 대하여 한 의사표현, 타인에 대한 치료를 보고 환자가 보인 반응, 환자의 종교, 평소의 생활 태도 등을 환자의 나이, 치료의 부작용, 환자가 고통을 겪을 가능성, 회복 불가능한 사망의 단계에 이르기까지의 치료 과정, 질병의 정도, 현재의 환자 상태 등 객관적인 사정과 종합하여, 환자가 현재의 신체상태에서 의학적으로 충분한 정보를 제공받는 경우 해당 치료의 중단 또는 선택 등을 하였을 것이라고 인정되는 경우라야 그 의사를 추정할 수 있다[대법원 2009. 5. 21.,선고, 2009다17417, 전원합의체 판결]고 대법원은 판시하고 있다.'[9]

또한, 민법은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 지속적으로 결여된 사람에 대하여 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 한정후견인, 한정후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 성년후견개시의 심판을 하는 성년후견제도를 규정하고 있다. 이 때도 본인의 의사를 고려하여야 한다. 또는 지속적 결여가 아닌 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 부족한 사람에 대하여는 한정후견제도를 두고는 있다. 그러나 요양병원 등에 입원에 있는 노인환자를 대상으로 성년후견이나 한정후견 심판이 이루어지

9) [대법원 2009. 5. 21., 선고, 2009다17417, 전원합의체 판결]

는 사례는 많지 않다.

통상 이러한 정신적 제약 등 사무를 처리할 능력을 평가하거나 노인환자의 의사결정 능력을 측정하기 위해서는 노인요양시설에서 주로 사용되는 평가척도와 검사는 일상생활 능력평가척도(Activities of Daily Living, ADL)와 선별검사로서 인지기능저하가 의심되는 환자에게 주로 사용하는 간이 정신 상태 검사(Mini-Mental State Examination, MMSE)이다. 그 외 치매 진단기준으로 사용되는 것은 정신질환 진단 및 통계 매뉴얼-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-IV, DSM-IV)이며, 알츠하이머 치매 진단 기준에는 DSM-IV 진단기준과 더불어 신경학 및 의사 소통 장애의 국립 연구소 및 뇌졸중-알츠하이머 병 및 관련 장애 협회(National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Realted Disorders Association, NINCDS-ADRDA)가 사용되고, 임상적 평가를 위해 전반적 치매 평가척도로 임상채매척도(Clinical Dementia Rating, CDR)과 전반적 퇴화 척도(Glocal Deterioration Scale, GDS)가 사용된다(Makhann G 외, 1984; American Psychiatric Association, 1994; Hughes CP외, 1982; Reisberg B, 1982; 정현강, 2013).

우리나라 노인환자의 의사결정능력을 판단함에 있어 근거 도구로 주로 활용되고 있는 것은 인지기능능력 평가 도구인데, 이는 노인의 언어능력, 작업능력에 기초하여 그들의 의사소통능력을 판단한다.

현재 우리나라 요양병원에서는 노인의 자율성에 근거한 의료적 의사결정을 위해서 기본적으로 평가되어야 하는 노인의 이해능력 및 판단능력 등에 대한 평가 절차가 이루어지고 있지 않다. 관련하여 우리나라는 요양병원 노인환자를 위한 표준화된 동의능력의 판단기준 및 의사결정범위의 적절성 판단을 위한 도구 등이 부재한 상황이다. 중요한 것은 앞

서 살펴본 심층조사 등을 통해 살펴본 바로는 요양병원 등에서 노인 환자에 대한 의료적 의사결정 과정에서 이러한 노인 환자의 의사결정능력 즉 동의능력에 대한 평가 없이 보호자 또는 가족 등 법정대리인에 의한 결정이 이루어진다는 것이다.

의학적인 인지능력 평가에 대한 평가척도와 도구가 존재하기는 하지만, 법적인 의미에서의 '의사능력이란 자신의 행위의 의미나 결과를 정상적인 인식력과 예기력을 바탕으로 합리적으로 판단할 수 있는 정신적 능력 내지는 지능을 말하는 것으로서, 의사능력의 유무는 구체적인 법률행위와 관련하여 개별적으로 판단되어야 하는 것이므로,'[10] 진단과 치료 과정에서 또는 입원 시점과 입원 후 추가적인 치료 과정에서 각 단계마다 매우 구체적이고 개별적인 의사결정이 이루어져야 함에도 실제 요양병원 등에서 의료적 의사결정의 각 단계에서 실제 노인 환자의 참여와 동의능력 평가에 근거한 자기결정권의 행사가 잘 이루어지고 있지 않는 것이 문제이다.

실제로 2020년 노인 환자의 인권교재 개발 관련 실시된 의료기관 종사자와 간병인을 대상으로 한 설문조사에서 노인환자의 자기 결정권에 관하여 스스로 요양병원 선택한 경우가 38.9%로, 요양병원 입원 등에 대한 결정이 대부분 보호자에 의하여 이루어지고 있는 실정이다. 요양병원 선택과 관련된 문제 이후에 요양병원 입원 후에도 추가적으로 제공되는 의료서비스의 내용에 따라서 침습적이거나 선택의 여지가 있는 개별적 구체적 상황에서의 의료적 의사결정 시에 노인 환자 스스로의 동의능력에 근거하여 의료인 등의 설명이 제공되어야 하고 주어진 정보를 근거로 노인환자 스스로의 동의가 있어야만 진정한 자기결정권 행사가 가능할 것이다. 물론 이 때 노인 환자에 대한 동의능력 평가가 선행되어야 함은 물론이고 동의능력 평가에 대한 기록이 의무기록 등으로 남겨져 있어야 하며, 만약 동의능력 등 의사결정능력에 제한이 있을 경우 보호자 등 가족의 대리 동의 절차 또는 제도

10) [대법원 2002. 10. 11., 선고, 2001다10113, 판결]

적으로 의사결정과정을 보완할 수 있는 의료 영역에 관한 사전 의료의향서 또는 이미 작성되어 있는 연명의료계획서 등을 활용할 수 있어야 한다. 그러나 실제로 연명의료의 중단과 같은 중대한 결정 외에도 요양병원에 입원해 있는 동안 제공되는 각각의 구체적이고 개별적 치료에 대한 의료적 의사결정에는 그에 적합한 정도의 동의능력으로도 각각의 결정이 이루어져야 하며, 이 때 가족 등 보호자와의 정보 공유는 가능하지만 동의의 주체는 노인 환자 스스로가 되어야 함에 유의하여야 한다.

노인환자의 자기결정권에 대해서는 입원과 퇴원이 노인환자의 선택과 의사보다는 비용, 주거지역 등 여러 가지 이유로 보호자에 의해 이루어지고 있으며, 환자 상태로 보아 돌보기 어려운 경우 입원이 거부되는 경우가 있다. 반대로 의료서비스 제공 능력이 안 되면서 입원시키는 것도 중요한 인권문제이다.

노인의 자기 결정권을 존중하기 위해 우리나라 요양병원 노인환자를 위한 의료적 의사결정과정에서 당사자인 노인환자의 의사결정능력을 판단하는 기준과 절차가 제도화될 필요가 있다. 특히, 요양병원 종사자 교육을 통하여 의료적 의사결정과정에서 노인의 의사결정능력 평가의 필요성과 노인 환자의 자기 결정에 관한 선택권을 인식할 수 있도록 해야 한다. 특히, 노인환자의 의료적 의사결정능력은 치료에 관한 의료적 의사결정뿐만 아니라 치료비, 통증 정도, 간병 자원 등 노인의 개인적 맥락의 다양한 상황을 고려한 판단일 수 있다. 따라서 노인의 인지적 능력에 의해서만 의사결정능력이 판단되어서는 안 되며 그들의 다양한 신체적, 경제적, 관계적 상실을 감안한 의사결정능력평가 기준과 도구가 제시되어야 할 필요가 있다.

2020년 노인 환자의 인권교재 개발을 위해 실시한 심층 질적 조사 시 의료기관 종사자 그룹에서는 환자의 상태가 자기결정권을 갖기 어려운 경우가 많다고 답변하였다. 또한

어느 정도 결정이 가능한지 표준적인 기준도 마련되어 있지 않다는 것도 문제점으로서 인식하고 있었다. 입원 후 환자의 의견을 청취하고 보호자와 이를 논의하는 과정을 통해 자기 결정권을 어느 정도 충족할 수 있다. 의료 비용이나 돌봄 등 가족들이 힘들어하는 경우 다른 의견이 있어도 환자는 보호자에게 요구를 말하지 못하는 경우가 있다고 하였다. 또한 요양병원에 입원해서 절반 이상이 사망하여 퇴원하고 있으며 이 자체가 윤리적 문제이다. 더구나 퇴원시키고 싶어도 연계되는 서비스가 없으며 호스피스 서비스를 제공하는 요양병원이 적어 이에 대한 의료서비스 제공이 어렵고 현 수가로도 한계점이 있다. 간병인 그룹에서는 입원한 노인환자에게서 요양병원에 버려진 느낌이라고 표현하는 경우를 다빈도로 볼 수 있다고 하였다. 퇴원을 원해도 퇴원하지 못하는 경우가 있거나 보호자에게 연락하여 퇴원하는 경우가 있다고 하였다.

우리나라 요양병원은 노인환자의 입소, 치료과정 일반, 퇴원 등에 관한 주요 의사결정을 가족의 대리결정에 의존하고 있음을 확인할 수 있었다. 즉, 노인환자의 의료적 의사결정에 관한 가족의 대리결정은 온정적 간섭주의의(Paternalism) 일환으로 우리나라 요양병원에서 일반적인 관행으로 자리 잡고 있다.

포괄적 노인 평가는 노인의 임상적 질병평가와 함께 기능평가를 시행하는 것으로, 노쇠한 노인환자를 대상으로 다양한 전문분야가 협력하여 신체적 정신사회적 손상과 기능적 불능 여부를 선별하고 확인하는 진단과정이다. 따라서 이 진단과정에서는 노인 평가의 기본요소와 신체적 문제, 기능상태, 정신심리적 건강, 사회적인 활동상태, 경제적 여건, 삶의 환경 등을 평가하여야 한다(노용균, 2014). 앞으로 요양병원의 노인환자를 위한 의료적 의사결정을 위한 평가 기준 및 도구 개발은 포괄적 노인 평가에 기반하여 노인의 의료적 의사결정에 관여하고 있는 의료진, 간병사, 가족 등이 협력하여 만드는 것이 필요하다. 또한

의료적 의사결정이 노인의 최선의 이익을 반영하기 위해서는 의사결정의 방해가 되는 요인을 파악하고 이를 제거해 주는 것이 필요하다.

무엇보다 노인환자의 자기결정권 존중을 위해서는 충분한 설명에 의한 동의가 전제되어야 한다. 하지만, 현재 우리나라 요양병원에서는 중요한 의료적 의사결정에 있어 노인에게 충분한 설명에 의한 동의가 이루어지지 않고 있는 실정이다. 의사-환자 관계의 변화 및 환자의 알 권리 보호를 위하여, 현대사회에서 의료적 의사결정과정에 있어 '충분한 설명에 의한 동의(Informed Consent)'는 매우 중요한 원칙이다(Tom L. Beauchamp and James F. Childress, 2001).

3. 차별금지와 평등할 권리

보건의료기본법 제10조 제1항은 건강권에 대하여 모든 국민은 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다고 규정하고 있다. 이에 따라 모든 국민 중 노인환자에게도 성별, 인종 또는 민족, 종교 또는 신념, 장애, 연령, 성적 취향 등의 이유로 차별을 금지하고 있다. 요양병원 노인 환자를 대상으로 고려하여야 하는 것 중 하나가 감염병과 관련된 차별금지이다.

가. HIV나 코로나19 등 감염 노인

2020년 3월, 세계보건기구(WHO)는 바이러스성 질환인 코로나19의 세계적 대유행(팬데믹)을 선언했다. 휴먼라이츠워치는 '코로나19팬데믹의 규모와 심각성은 이동의 자유를 제한하는 격리나 고립 조치로 인한 자유의 제한 등 특정한 권리의 제한을 정당화할 수 있

는 공중보건 위협 수준에 이르고 있다. 동시에 비차별과 같은 인권 그리고 투명성 및 인간 존엄성의 존중과 같은 인권 원칙들을 신중하게 고려함으로써' 감염병 대응의 효율성을 높이고 피해를 최소화할 수 있다고 말한다(Human Right Watch).[11]

노인은 다른 연령 집단과 같은 권리를 가지며, 감염병 기간에 동등하게 보호 받아야 한다. 의료 치료 및 지원을 받는데 물리적 거리두기나 나이로 인한 차별로 고립되고 방치되는 것을 포함하여 노인이 직면한 특정 위험에 특별한 주의를 기울여야 한다. 의학적 결정은 연령이나 장애가 아닌 개별화된 임상 평가, 의료적 필요, 윤리 기준 및 가능한 최상의 과학적 증거를 근거로 이루어지도록 보장한다.

모든 인구는 차별 없이 의약품 및 보호 장비를 포함한 의료 서비스를 이용할 수 있어야 한다. 요양병원(원)에 입소한 환자에게 개인 보호구(personal protection equipment, PPE)에 대해 추가 요금을 부과하거나 직원에게 마스크와 장갑을 사도록 강요하는 것은 차별의 한 형태이고 의료 서비스는 모든 사람에게 효과적이고 감당할 수 있어야 하며, 특히 요양병원(원)에 입소한 환자와 같이 위험이 높은 그룹은 보호되어야 한다. 개인 보호구(PPE) 및 코로나19 관련 기타 비용을 충당하기 위한 추가 자금은 감염병 대유행 기간 동안 모든 사람이 동등한 수준의 치료를 받을 수 있도록 의료 및 사회 복지 서비스가 제공되어야 한다. 모든 사람은 예외 없이 생명을 구하는 치료를 받을 권리가 있다.

의료인이 생명을 구하는 장비의 부족으로 모든 사람에게 동일한 수준의 치료를 제공할 수 없는 국가에서는 의료 지침/환자분류(triage) 프로토콜이 필요하다. 일부 고령자는 집중적인 치료에서 살 가능성에 영향을 주는 동반질환이 있지만, 나이는 결코 의학적인 환자분류(triage) 기준이 되어서는 안 되고 나이나 장애와 같은 비의료 기준에 근거한 프로토콜은 개인의 건강권과 생명권이 보장되지 않으므로 거부되어야 한다.

11) https://www.hrw.org/ko/news/2020/03/19/339654

코로나19 백신 또는 치료가 가능해지면 차별 없이 제공되어야 한다. 우선순위가 필요한 경우, 백신 또는 치료 할당 결정은 합리적 의학적 근거, 치료 또는 예방에 대한 개별적인 긴급성을 기반으로 해야 한다.

특히 감염 및 건강에 심각한 위험이 있는 노인은 선제적인 조치를 취해야 한다. 예를 들어, 조기 검사 및 예방접종은 요양병원(원) 내 노인 환자뿐만 아니라 직원은 코로나19 노출 및 위험을 최소화하여 추가 전파를 막아야 한다.

코로나19로 인한 의료 시스템에 대한 압박으로 환자에게 제공되어야 하는 필수적인 의료 서비스가 박탈되어서는 안 된다. 환자의 퇴원 여부는 의학적 기준에 따라 이루어져야 한다. 환자를 조기에 퇴원시켜 무료 병상을 제공하고 적절한 대체 치료 방법이 있는지 확인하지 않으면 환자의 의료 서비스에 대한 권리가 침해될 수 있다. 병원 진료에서 지역사회 또는 다른 기관으로 환자를 이송하는 것은 개인에게 필요한 의료, 재활, 완화의료 등을 받을 수 있는지 확인 후에 이루어져야 하며, 이는 돌봄 공백을 피하기 위해서는 건강과 사회복지간의 조율이 필수적이다.

요양병원(원)의 노인은 다른 사람과 가까운 거리에서 생활하고 동반 질환으로 인해 합병증과 감염 위험이 더 높다. WHO는 유럽의 코로나19 관련 사망의 약 절반이 요양병원(원)과 관련이 있다고 하였다. 요양병원(원)은 감염병 대유형 초기에 관리 우선순위에 밀려이로 인해 노인 환자와 직원이 보호받지 못했는데, 코로나19 대유행 동안 요양병원(원)의 상황을 더 잘 모니터링 해야 한다.

개인보호구(PPE)의 부족과 더불어 간병인 부족은 대 감염병 대유행 기간 동안 요양병원(원)의 핵심 과제 중 하나이다. 많은 나라에서 위기가 오기 전에 이미 요양병원(원)은 인력이 부족했고, 일부 직원이 병에 걸리고 예방적 이유로 자가 격리되거나 가족의 의무로 인

해 일을 할 수 없게 되면서, 나머지 요양병원(원)은 노인 환자에게 가장 기본적인 돌봄만을 제공하였다. 어떤 경우에는, 사회 복지 분야에서 아무런 경험이나 특정한 훈련이 없는 보건 분야의 전문가들이 병에 걸린 직원들을 대체하기 위해 요양병원(원)에서 일하고, 충분한 지원 없이 요양병원(원)에 있는 노인 환자들은 감염병 대유행 기간 동안 홀로 남겨지거나 설상가상으로 노인들이 며칠 동안 방치된 후, 요양병원(원)에서 버려지거나 심지어 죽은 채로 발견되기도 하였다.

심지어 요양병원(원)에 입소한 노인 환자에게 필요한 진단과 의료 서비스를 제공할 수조차 없었다. 요양병원(원)에서 검사를 할 수도 없고, 전원이 거부되는 경우도 있었고, 이러한 상황은 차별적일뿐만 아니라 달성 가능한 최고 수준의 건강 유지에 대한 인권 침해이다.

안전과 보호의 필요성과 사회적 고립의 위험 사이에서 균형을 맞추는데 특별한 주의를 기울여야 하는데, 요양병원(원)들이 '방문자 금지 정책'이 시행되었다. 이러한 조치는 주로 돌봄 수요가 높은 노인의 인권을 침해하는 것으로 이로 인한 정서적 스트레스가 우울증이나 식사 거부의 사례로 지적되면서 심신 저하를 초래하였다.

일부 요양병원(원)이 전화·영상통화를 통해 신체접촉 상실을 보상하기 위한 대책으로 제공하지만, 직원이 제한되고 돌봄의 필요성이 커지면 불가능해지기도 하였다. 요양병원(원) 상황에 대한 정보와 투명성 부족도 눈에 띄었고, 노인 환자의 가족과 요양병원(원)의 직원 간 소통이 미흡해 며칠째 가족들이 사랑하는 사람의 상황의 소식을 전혀 알리지 못하는 경우도 있었다.

원천적으로 의료법 상 요양병원의 기능과 운영에 관한 규정에서 의료법 시행규칙 제36조는 법 제36조 제3호에 따른 요양병원의 입원 대상을 노인성 질환자, 만성질환자, 외과

적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자로서 주로 요양이 필요한 자로 한정하고 있다. 그럼에도 불구하고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조 제1항에 따라 질병관리청장이 고시한 감염병에 걸린 같은 법 제2조 제13호부터 제15호까지에 따른 감염병환자, 감염병의사환자 또는 병원체보유자(이하 "감염병환자등"이라 한다) 및 같은 법 제42조 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 감염병환자등은 요양병원의 입원 대상으로 하지 아니한다. 또한 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조 제1호에 따른 정신질환자(노인성 치매환자는 제외한다)는 같은 법 제3조 제5호에 따른 정신의료기관 외의 요양병원의 입원 대상으로 하지 아니한다. 이는 요양병원 입원 대상을 제한함으로써 코로나19 유행과 같은 판데믹 상황에서 요양병원 입원 환자들을 대상으로 한 감염관리뿐만 아니라 입원 단계에서 감염병 또는 정신질환의 동반 질환이 있는 노인 환자에 대한 배제 근거가 될 수 있다. 따라서 이 경우 요양병원 입원대상에서 배제되는 경우 다른 보건의료체계와의 연계가 강화되어야만 이것이 배제 및 차별 금지에 해당하지 않을 수 있다.

4. 자유로울 권리

가. 신체의 안전과 자유

Quality of Life and Quality Care Services(의료 권리에서는 삶의 질과 의료 서비스)에서는 The right to life(생명권)을 다루고 있는 데 생명권에는 누구의 생명도 빼앗지 말아야 할 것과 생명을 보호하기 위한 조치를 취해야 것으로 구분되어 있다. 이중 생명보호를 위한 조치는 환자안전사고 예방을 위한 물리적·환경적 관리와 보안을 통해 노인 환자의 안전을 보장하는 것과 돌봄을 노인 환자의 안전을 보장하는 것이다.

이러한 노인 환자 안전사고 관련 제도로는 환자 안전 및 의료 질 향상을 위하여 요양병원을 대상으로 하는 의료법에 근거한 의료기관 인증제도가 있으며, 노인 환자와 요양병원 역시 「환자안전법」에 의한 환자안전사고의 보고 등의 대상이 될 수 있다.

2020년 노인 환자의 인권교재 개발을 위해 실시한 심층 질적 조사 시 노인 환자의 건강권에 대해서는 요양병원 인증기준에[12] 반영되어 있어 대부분 제공된다고 하고 있으며, 의료기관 종사자 그룹에서는 통증, 욕창, 식이제공, 신체보호대, CPR 등이 요양병원 인증기준에 반영되어 필수적으로 적용한다고 하였다. 간병인 그룹에서는 욕창관리, 식사시 돌봐주고 있으며, 가급적 신체보호대 미적용 한다고 하였다.

각각에 대하여 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

1) 신체 억제대 사용 최소화

'신체 억제대는 전신 혹은 신체 일부분의 움직임을 제한할 때 사용되는 수동적 방법이나 물리적 장치 및 기구를 의미'한다[13]. 이러한 신체 억제대는 낙상 위험을 줄이고, 영양분 공급을 위한 비위관 임의 제거 등을 예방하고, 다른 환자들의 안전을 위해 필요하지만, 요양병원 직원들의 편의에 의해 신체 억제대가 사용되는 것은 인권 침해에 해당한다.

2013년, 보건복지부는 환자의 신체적·정신적 건강상태의 안정을 담보하기 위해 신체 억제대 사용감소를 위한 지침을 마련하였다. '이 지침에서 신체 억제대는 의사가 환자상태를 평가해서 생명유지 장치를 제거하는 등의 문제행동을 제한할 필요가 있는 경우에 한정해서 최소한의 시간만 사용하도록 하였다. 또한 안전한 신체 억제대 사용을 위해 의사의

12) 의료법에 의해 보건복지부장관은 의료의 질과 환자 안전의 수준을 높이기 위하여 병원급 의료기관 및 대통령령으로 정하는 의료기관에 대한 인증(이하 "의료기관 인증"이라 한다)을 할 수 있다. 의료기관 인증을 받고자 하는 의료기관의 장은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신청할 수 있는제, 제3조 제2항 제3호에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조 제1항 제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2에 따른 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다)의 장은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 인증을 신청하여야 한다고 규정하여 필수적으로 인증을 받도록 법이 개정되었다.〈개정 2020. 3. 4.〉

13) 보건복지부(2013), 요양병원 '신체 억제대'의 안전한 사용을 위한 '지침' 마련·배포, 보건복지부.

처방('1일 1회' 처방 원칙)을 토대로 환자(또는 보호자)에게 신체 억제대 사용 필요성에 대해 충분히 설명하고, 사전동의를 받도록 함으로써 환자의 권리를 보다 강화하였다. 아울러, 신체 억제대 사용 부작용을 예방하기 위하여 최소 2시간마다 환자상태를 관찰하고 욕창 발생 예방을 위한 체위변경을 시행하도록 하였다.[14]'

보건복지부에서 제시한 요양병원 신체 억제대 사용 절차와 지침은 아래와 같다.

절 차	지 침
신체 억제대 사용 전 필수 절차	**1. 환자 상태 확인** – 과거력, 투약력, 신체기능, 인지 및 정신 기능, 심리 및 정서 상태, 환경적 요소를 확인하여 환자의 문제행동 양상을 포괄적으로 파악한다. **2. 신체 억제대를 대신할 수 있는 방법 시도** – 환자의 문제행동 원인*이 파악되었으면, 신체 억제대를 대신할 수 있는 방법을 찾아본다. * 의학적 문제(수분과다, 탈수, 영양부족, 감염, 약물독성이나 부작용, 실금 등), 가려움증, 인지손상, 통증, 불안, 과도한 움직임 등– 환자의 문제행동 원인을 제거하는 등의 신체 억제대를 대신할 수 있는 방법*을 적용한다. * 근본적인 건강문제의 치료(구강영양증진, 약물중재, 안위증진, 행동관리 등), 환자의 기본적인 생리적 욕구 충족(배변, 음식, 수분, 수면, 안위, 통증 등) 등 – 신체 억제대를 대신한 방법이 효과가 없을 시 신체 억제대를 사용한다. **3. 신체 억제대 사용 처방** ① 의사는 신체 억제대 사용 이유, 사용부위, 신체 억제대 종류(유형)* 및 사용방법 등을 포함하여 '1일 1회' 처방하며, 처방양식은 일반적 약물이나 처치 등 처방방법에 준한다. * 손목·발목·손장갑·조끼 억제대, 끈·벨트, 휠체어 안전벨트 등 ② '필요시처방(p.r.n)'은 원칙적으로 허용하지 않는다. – 다만, 환자의 돌발적인 이상행동으로 자해 또는 다른 사람에게 상해를 입힐 우려가 예측되는 경우 예외적으로 처방할 수 있다. **4. 신체 억제대 사용 설명 및 동의서 수령** ① 의사의 처방을 토대로 환자에게 신체 억제대 사용에 관해 충분히 설명하고, 동의서를 받아야 한다. – 다만, 환자의 인지능력이 불완전한 경우 보호자에게 설명하고 동의서를 받을 수 있다. ② 신체 억제대 사용 동의서("별지" 참고)에는 신체 억제대 사용 이유, 사용부위, 억제대 종류 및 사용방법 등을 포함하여야 한다.

14) 보건복지부(2013), 요양병원 '신체 억제대'의 안전한 사용을 위한 '지침' 마련·배포, 보건복지부.

절 차	지 침
	* 동의서 작성 시 유의사항 – 환자의 인지능력이 저하되어 환자 본인에게 동의를 받는 것이 불가능할 경우, 보호자에게 동의를 구하되 보호자가 서명하게 된 사유를 반드시 기재한다. – 보호자가 원거리에 위치하여 동의서 작성이 어려운 경우, 1일 내(24시간) 구두로 동의를 받고 7일 내 서면 동의로 전환해야 한다. – 신체 억제대 사용 이유가 바뀌는 경우에도 환자나 보호자에게 충분히 설명하고 동의서를 다시 받아야 한다.
신체 억제대 사용	◇ 신체 억제대는 응급상황 시에 쉽게 풀 수 있거나 즉시 자를 수 있는 방법*을 사용한다. * 신체 억제대 사용방법의 종류별 특성 – 클로브 히치(Clove-hitch): 잡아당겼을 때 조여지지 않으며 쉽게 풀어지고 환자의 움직임이 어느 정도 허용된다. – 고리 매듭(Half-bow or reef knot): 잡아당겼을 때 미끄러지지 않으며 풀기 쉽다. – 정방형 매듭(Square or reef knot): 두 개의 끈을 서로 묶을 때 사용하는 방법으로 잡아당겼을 때 조여지지 않으며, 압력이 풀려도 미끄러지지 않는 장점이 있다. ◇ 신체 억제대의 두께나 길이 등을 고려*하여 국소적인 과도한 압박을 피한다. * 신체 억제대 아래로 손가락 두 개 정도의 공간을 확보하여 혈액순환장애를 예방한다. ◇ 신체 억제대 사용부위가 뼈 돌출 부위인 경우에는 패드(pad)를 댄다. ◇ 흉부억제가 필요한 경우, 호흡에 지장이 없는지 반드시 확인한다.
신체 억제대 사용 환자 관찰 (부작용 예방활동 포함)	◇ 최소 2시간마다 환자상태를 관찰하고, 욕창 발생 예방을 위한 체위변경을 시행한다. – 신체 억제대의 위치 변화 및 직접적인 압박 여부를 확인하고, 허용된 범위에서 움직임이 최대한 가능하도록 돕는다. – 사지 말단부위 맥박, 체온, 피부색 및 감각을 관찰하여, 혈액순환장애 또는 피부손상위험성 등을 평가하고 기록한다. – 배설 및 섭취 등 환자의 기본욕구를 확인하고, 그 욕구를 충족시켜 준다. – 환자의 기본적인 욕구 충족 등을 위해 신체 억제대를 잠시 풀어 둘 경우, 환자를 혼자 두지 않는다.
신체 억제대 사용 환자 재평가	◇ 신체 억제대 제거 또는 사용부위 감소를 위한 평가를 주기적으로 시행한다. – 간호사는 최소 8시간마다 환자의 상태를 확인하며, 이상소견 발생시 기록하며, 신체 억제대 제거 또는 사용부위 감소 필요시 주치의에게 보고한다. – 주치의는 신체 억제대를 재 처방해야 할 경우, 그 이전에 환자의 상태를 재평가한다.

절 차	지 침
신체 억제대 제거	◇ 다음의 경우에는 신체 억제대를 제거한다. – 신체 억제대 사용 이유가 해결 되었을 때 – 신체 억제대를 대신하여 사용할 수 있는 방법이 효과적일 때 – 신체 억제대 사용으로 인한 부작용이 발생한 때 * 신체 억제대 제거시 환자의 불편 유무를 반드시 확인한다.
신체 억제대 사용 감소를 위한 활동	◇ 신체 억제대 사용 감소를 위하여 연간 1회 이상 의료진을 포함한 직원들에게 신체 억제대에 관한 교육*을 시행한다. * 신체 억제대 정의, 신체 억제대 사용의 문제점, 신제 억제대의 대안, 환자의 문제행동에 대한 이해, 신체 억제대 사용방법, 환자권리와 존중 등 ◇ 신체 억제대 사용 감소를 위한 활동*을 연 1회 이상 시행한다. * 신체 억제대 사용 건수 및 사용 시간 조사, 신체 억제대 사용 제로(Zero) 환경 캠페인, 안전한 신체 억제대 사용방법 포스터 제작 등

신체 억제대 사용 동의서 예시는 아래와 같다.

요양병원용 신체 억제대 사용 동의서

등록번호		성 명		성별/연령	/
호 실		진 료 과		주 치 의	

1. 신체 억제대 사용의 배경

요양병원 입원환자는 질환의 특성상 인지기능과 운동능력의 손상을 보이는 분들이 많으며 그로 인하여 치료를 위한 장치들을 스스로 제거하거나 손상시키기도 합니다. 이를 해결하기 위한 다양한 노력을 기울이고 있으나 최소한의 신체 억제대 사용이 필요한 경우가 있습니다.

2. 설명 및 기재 사항(가~라 항목은 반드시 포함)

가. 신체 억제대 사용 이유

○

나. 신체 억제대를 대신하여 실시한 방법 및 그 효과

○

다. 신체 억제대 사용부위, 억제대 종류(유형) 및 사용방법

○

라. 신체 억제대 사용시 발생할 수 있는 부작용 및 대처방법

○

마. 기타사항

○

의 사 : _____(서명 또는 날인)

본인/ 보호자(　　)은 신체 억제대 사용에 대하여 충분한 설명을 들었으며 이에 동의합니다.

보호자가 서명하게 된 사유	
□ 환자의 신체·정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함 □ 설명하는 것이 환자의 심신에 중대한 나쁜 영향을 미칠 것이 명백함 □ 환자 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 □ 기타	20　년　월　일 본 인:　(서명) 보호자(환자와의 관계:　):　(서명)

- ○○○요양병원장 -

헌법은 신체의 자유를 보장하고 있고 신체의 자유는 법률에 의하여 부득이한 경우에 한하여 최소한의 범위에서만 제한될 수 있다. 현재, 신체억제대(보호대) 사용과 관련하여, 의료법, 의료법시행규칙, 보건복지부의 지침에서 사용의 근거와 범위를 규정하고 있다. 그런데 이러한 사용에 대한 근거를 신체 제한 허용 기준으로 받아들여 남용될 여지도 있다. 또한 2019년 「국가인권위원회 노인의료복지시설 방문조사에 따른 노인 인권증진 개선 권고」를 확인해보면 현장 종사자는 침대 안전바, 휠체어 안전벨트 등은 신체억제대가 아니라고 인식하는 등 신체의 자유를 제한하는 것이 인권을 침해하는 것이라는 이해와 인식을 갖지 못한 채 특정 기구의 사용의 문제 정도로 인식하고 있는 것으로 확인되었다. 결론적

으로 신체구속에 대한 법률적 근거를 갖췄다고 하더라도 요양시설 및 요양병원 현장에서는 '신체구속의 정의, 원칙, 사유, 절차, 주의사항 등을 정한 규정 또는 매뉴얼을 마련'하여 요양 노인의 신체의 자유를 보장하기 위해 노력해야 한다.

2) 낙상예방

노인 환자를 위한 낙상예방은 신체의 안전과 자유를 보장하는 일부이다.

낙상은 의도하지 않은 자세 변화로 인해 바닥이나 당시 몸의 위치보다 낮은 곳으로 갑자기 넘어지는 것을 말한다. 모든 입원환자는 낙상위험도 평가도구(Morse Fall Scale 등)를 활용하여 낙상발생 가능성을 사전에 확인하여 예방활동을 실시한다. 낙상 고위험 환자의 경우에는 1) 취침 전 화장실 다녀오도록 하기, 2) 병실 라운딩 시 침상난간 확인하고 올리기, 3) 수면등 유지(야간)하기, 4) 시야 장애가 있는 쪽 물품 제거한다.

또한 환자 및 보호자에게 간호사 호출벨(call bell), 침상 난간(side rail) 사용법, 취침 전 화장실 다녀오기, 잘 맞는 신발(또는 미끄럽지 않는) 착용, 이동시 도움 요청하기 등의 내용을 교육하고, 요양병원에 종사한 직원도 낙상위험도 평가, 낙상예방활동 등 낙상예방지침에 대한 내용을 교육한다. 안전한 환경 및 시설물 관리를 위해 바닥 미끄럼, 조명, 침대, 안전바, 보행기구, 휠체어 등을 정기적 라운딩을 통해 점검한다.

낙상발생 가능 장소 또는 부서(환자의 이송을 포함한 이동 경로 및 검사실, 재활치료실 등)에서는 다음과 같은 예방활동을 실시한다. 1) 보조기를 사용하거나 보호자의 도움을 받는 등, 보행장애가 있는 환자, 2) 휠체어나 침대로 이동하는 환자, 3) 특수한 처치나 검사를 위해 처치대 또는 검사대에 누워 있거나 오르내리는 환자에 대해서는 1) 이송 시 side rail 등과 같은 안전장치를 적용한다, 2) 휠체어 제공 또는 대기의자를 우선 배려하며 필요시 환자 이동을 도와준다, 3) 진료실, 검사실, 치료실 출입을 위한 이동 시 도와준다.

3) 욕창예방

노인 환자를 위한 욕창예방은 신체의 안전과 자유를 보장하는 일부이다.

욕창은 흔히 뼈 돌출부위에 압력, 또는 압력과 전단력/마찰력이 혼합되어 발생한 피부 또는 하부조직의 국소적 손상을 의미한다. 노인 환자는 가정에서 욕창이 발생된 사례도 있기 때문에 응급실이나 병원 입원 시에는 욕창 여부를 확인하여야 한다. 응급실은 입원이 결정된 환자에 대해 욕창 유무를 사정하고 욕창이 있는 경우에는 욕창부위, 욕창크기, 욕창단계를 기록하고 필요시 욕창간호를 제공한다. 모든 입원환자는 욕창 위험도 평가도구(Braden scale 등)를 활용하여 욕창발생 가능성을 사전에 확인하여 예방활동을 실시한다.

욕창위험도 평가 결과 고위험으로 분류된 환자는 아래와 같은 예방활동을 실시한다.

- **피부상태관찰:** 매일 피부사정을 실시하되 뼈 돌출 부위는 발적 유무를 확인하며, 적절한 피부면의 습기관리를 시행한다.
- **주기적인 자세변경:** 환자 상태에 따라 적어도 2~4시간마다 체위변경을 실시하되 마찰력과 전단력을 최소화할 수 있도록 필요시 반시트 또는 리프트를 이용한다.
- **지지표면:** 욕창방지 쿠션, 베개 또는 욕창 매트리스를 활용한다.
- **실금, 실변 간호:** 젖은 기저귀는 바로 교환하고, 회음부위를 건조하게 유지한다.
- **예방적 드레싱:** 필요시 뼈 돌출부위에 예방적 드레싱을 적용한다.
- **교육:** 욕창예방에 대해 교육을 한다.

욕창은 미국 NPUAP(2007) 따라 다음과 같이 6가지로 분류된다.

- **1단계 욕창**(Stage I): 주로 뼈돌출 부위에 형성된 국소적인 non-blanching erythema가 있는 온전한 피부상태이다. 손상 받은 부위는 아프고, 단단하거나 또는 부드러울 수 있고 인접한 부분에 비해 좀 더 따뜻하거나 또는 차가울 수 있다.
- **2단계 욕창**(Stage II): 진피층 부분이 손상된 얕은 개방상처로 상처 기저부는 부육

질이 없는 red pink 색을 띤다. 간혹 터지거나 그렇지 않는 혈장액이 차있는 물집이 형성되어 있기도 하다. 촉촉하거나 건조한 상태의 얕은 궤양으로 부육질이나 멍이 없다.

- **3단계 욕창**(Stage III): 피부 전층이 손상된 상태이다. 피하 지방층이 일부 남아있고 힘줄이나 뼈, 근육 등은 노출되지 않은 상태이다.
- **4단계 욕창**(Stage IV): 뼈, 힘줄 또는 근육이 노출된 피부 전층 손상 단계로 부육질이나 건조가피가 상처기저부 일부분에 있을 수 있다.
- **Suspected Deep Tissue Injury**(Sus.DTI): 자줏빛이나 적갈색의 국소적인 색깔 변화가 있는 온전한 피부 상태이거나 압력이나 전단력으로 인해 하부의 연조직이 손상을 입어 혈액이 고인 물집이 형성되어 있는 상태이다. 이 부분은 통증이 있고, 단단하거나 습하며 주변피부에 비해 따뜻하거나 차가울 수 있다. 치료를 하고 있어도 추가적인 조직의 노출이나 피부의 심부층이 빠르게 손상될 수 있다.
- **Unstageable**: 궤양의 기저부가 부육질이나 건조가피로 덮여있는 경우이다. 부육질이나 건조가피가 충분히 제거되어 상처 기저부가 보이기 전까지 실제 깊이와 단계를 측정하기 어렵다. 괴사조직을 제거하고 난 후는 stage III-IV정도의 깊은 상처로 밝혀지는 경우가 많다.

욕창이 발생한 노인 환자는 다음과 같은 욕창관리 활동을 실시한다.

- 환자 상태에 따라 보행이동 또는 침상운동을 하도록 격려한다.
- 고단백, 고칼로리, 고비타민식이, 수분섭취를 격려한다.
- 둔부 욕창의 경우 가급적 깔개형 기저귀를 사용하고 건조하게 유지시킨다.
- 환자 상태에 따라 적어도 2시간마다 체위변경을 시행한다.
- 뼈돌출부위에 지지표면(욕창방지 쿠션, 베개 또는 욕창 매트리스)을 적용한다.

- 피부마찰이나 쏠림을 방지한다.
- 실금 및 실변 간호를 시행한다.
- 욕창상처에는 필요 시 적절한 드레싱을 시행한다.

4) 의약품 사용 오남용 예방

최근 국정감사 결과, 요양병원에서 환자 1인당 향정신성의약품 처방량이 전체 평균에 비해 1.67배 많았던 것으로 나타났다. 항불안제로 사용되는 로라제팜과 디아제팜은 1.45배 그리고 최면진정제로 쓰이는 졸피뎀은 1.25배 더 많았다. 향정신성의약품 전체는 요양병원 환자 1인당 평균 123개였지만, 전체 의료기관 평균은 74개였다. 종합병원, 병원, 의원 평균은 각각 63개, 44개, 74개였다. 항불안제로 사용되는 로라제팜과 디아제팜은 요양병원 환자 1인당 평균 87개였지만, 전체 의료기관 평균은 60개였고, 종합병원 66개, 병원 68개, 의원 55개였다. 최면진정제로 알려진 졸피뎀은 요양병원 환자 1인당 평균 65개였고, 전체 의료기관 평균은 52개, 종합병원은 49개, 병원 43개, 의원 51개로 노인환자가 많은 요양병원에서 과다 투여가 보도되었다[15].

노인 환자에게 향정신성의약품을 과다처방하여 환자들을 화학적으로 구속한다는 사례가 보고되고, 노인에게 과다한 의약품 사용은 인권 침해 중 하나이다. 요양병원 환자 특성상 향정신병제가 투여될 수밖에 없는 치매가 많지만 노인 환자를 밤에 잠재우기 위한 목적으로 사용해서는 안 된다.

야간 수면을 향상시키기 위해 요양병원은 노인 환자의 일정한 수면 시간을 확보하고 낮잠을 줄이거나 없애며, 규칙적으로 중등도의 운동을 하고 의욕적인 낮 생활을 하도록 프로그램을 개발하여 제공하는 것이 필요하다.

15) 히트뉴스(2020.10.13.), [국감] 요양병원 환자, 항불안제 등 향정약 1.67배 더 처방, http://www.hitnews.co.kr

5) 화재 예방

노인 환자를 위한 화재예방은 신체의 안전과 자유를 보장하는 일이다. 최근 들어 요양병원 화재가 자주 발생하고, 이로 인한 인명피해가 다른 의료기관에 비해 많았다. 이는 거동이 불편한 노인 환자가 많기 때문이기도 하지만 노인을 결박하고 있던 신체억제대를 제 때에 풀지 못해 참사가 발생한 것이다. 신체억제대 등 노인을 구속하는 요양방식에 대한 전면적인 검토가 필요한 상황이다. 요양병원에서 화재가 발생하면 노인 환자 대피가 용이하지 않기 때문에 사전 점검 및 훈련을 통해 화재예방 및 화재 발생 시 즉각적으로 대응할 수 있도록 해야 한다.

요양병원은 소방시설(소화용수, 소화설비, 피난설비, 경보설비 등)에 대해 법정점검 및 자체점검을 실시하여 예방하고, 요양병원 종사자 대상으로 화재발생시 대응이 가능하도록 체계(신고체계, 피난 층의 위치, 안전구획의 위치, 피난시설의 위치와 피난 경로의 설정, 직원의 업무분담, 환자 및 직원 등의 대피장소에 대한 배치, 환자유형별 대피계획 및 환자 후송 등)를 만들고, 교육 및 훈련을 실시하여야 한다. 또는 주기적인 방화 순찰을 통해 특이사항 발견 즉시 조치토록 해야 한다.

노인 환자에 대한 사전 안내 및 교육도 중요한데, 화재 발생시 대처요령으로 노인 환자에게 제시되는 일반적인 사항은 아래와 같다.

- 직원의 유도에 따라 질서 정연하게 대피한다.
- 엘리베이터는 이용하지 않는다.
- 손수건, 옷을 이용하여 코와 입을 가려 연기흡입을 막는다.
- 환자 상태에 따라 적어도 2시간마다 체위변경을 시행한다.
- 뼈돌출부위에 지지표면(욕창방지 쿠션, 베개 또는 욕창 매트리스)을 적용한다.
- 피부마찰이나 쏠림을 방지한다.
- 자세를 낮추고 다른 한손으로 벽을 짚으면서 대피한다.
- 피난층(건물 밖으로 연결된 층) 도착 후 직원 등의 유도에 따라 신속히 지정 장소로 대피한다.

그러나 노인 환자의 인지 능력이나 학습 능력, 신체적 특성을 고려하여 요양병원의 상황에 맞게 구체적인 지침이 마련되고 공유될 필요가 있다.

나. 사생활의 안전과 자유

헌법 제17조의 사생활의 비밀과 자유는 개인정보 보호가 중요한 현대에 국민의 기본권으로서 더 강조되고 있다. 사적 생활이 보호되어야 한다는 점, 개인정보에 대한 보호를 요구할 뿐만 아니라 자기 정보의 통제권도 포함하는 권리로 정보자기결정권이 헌법적 권리로 보호되어야 한다.

관련하여 보건의료기본법 제13조는 환자 비밀 보장에 관하여 모든 국민은 보건의료와 관련하여 자신의 신체상·건강상의 비밀과 사생활의 비밀을 침해받지 아니한다고 정하고 있다. 이처럼 보건의료기본법은 보건의료와 관련하여 신체상, 건강상의 비밀을 특히 더 보호받아야 한다는 점을 정하고 있다. 또한 의료법 제19조는 이를 더욱 구체화하고 확장된 개념으로 정보누설금지의무를 부과하고 있다. 이에 따라 의료인이나 의료기관 종사자는 이 법이나 다른 법령에 특별히 규정된 경우 외에는 의료·조산 또는 간호업무나 제17조에 따른 진단서·검안서·증명서 작성·교부 업무, 제18조에 따른 처방전 작성·교부 업무, 제21조에 따른 진료기록 열람·사본 교부 업무, 제22조 제2항에 따른 진료기록부등 보존 업무 및 제23조에 따른 전자의무기록 작성·보관·관리 업무를 하면서 알게 된 다른 사람의 정보를 누설하거나 발표하지 못한다.

보건의료법체계 외에도 우리나라 개인정보보호법은 '건강에 관한 정보'를 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 민감정보로 그 처리를 제한하고 있어, 개인정보처리자가 이러한 민감정보를 처리하기 위해서는 정보주체에게 동의를 받거나, 법

령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우에만 처리를 할 수 있다.

민감 정보를 포함한 노인환자의 정보가 보호받을 권리와 함께 노인 환자의 '정보자기결정권'은 대한민국 헌법에서 근거한 권리이다. 헌법은 인격권의 하나로 모든 국민은 사생활의 비밀과 자유를 침해받지 아니한다고 정하고 있다. 이에 근거하여 요양병원과 같은 실제 상황에서 실질적인 노인 환자의 사생활의 비밀과 자유를 침해받지 않기 위해 노인환자는 임상적 면담 중, 검사 중, 처치 및 치료 중, 이송하는 동안 다른 직원, 다른 환자와 방문객으로부터 사생활 보호를 요구할 때 보호받을 권리 등으로 구체화된다. 요양병원은 노인환자의 사생활을 보호하기 위해 환자 및 가족의 요구를 확인 절차를 가지고, 입원 시에 사생활 관련 비밀유지가 필요한지를 확인하여야 한다. 또한 환자가 요구한 사생활 보호는 모든 임상적 면담 중, 검사 중, 처치 및 치료 중, 이송 시 모두 지속적으로 존중되어야 하며, 요양병원 종사자는 그 과정이나 자신의 업무를 하면서 추가적으로 습득된 정보를 누설하거나 발표하지 못한다.[16]

입원치료 중 환자안전을 위한 보조적 관찰시스템인 감시카메라의 설치 범위에 화장실과 샤워실 내부 등 신체가 노출되는 장소는 제외한다. 입원 시 입원생활 안내문을 통해 환자 및 가족(또는 보호의무자)에게 감시카메라의 설치 목적을 설명하는 안내판을 설치하는 등 필요한 조치를 하여야 한다.[17]

노인 환자를 시술, 처치, 목욕, 기저귀 교환 등 상황에서 다른 환자들에게 신체가 노출되는 것을 차단하기 위한 조치를 하지 않은 것은 인권 침해에 해당된다. 또한 화장실 가림막을 설치하지 않아 신체가 노출된 것도 인권 침해에 해당된다. 처치 및 진료 시에 같은

16) 의료법 제19조(정보 누설 금지) ①의료인이나 의료기관 종사자는 이 법이나 다른 법령에 특별히 규정된 경우 외에는 의료·조산 또는 간호업무나 제17조에 따른 진단서·검안서·증명서 작성·교부 업무, 제18조에 따른 처방전 작성·교부 업무, 제21조에 따른 진료기록 열람·사본 교부 업무, 제22조 제2항에 따른 진료기록부등 보존 업무 및 제23조에 따른 전자의무기록 작성·보관·관리 업무를 하면서 알게 된 다른 사람의 정보를 누설하거나 발표하지 못한다.

17) 개인정보보호법 제25조(영상정보처리기기의 설치·운영 제한).

공간에 다른 환자를 대기시키지 않고, 진료와 대기 공간을 구분하여 노출을 최소화 한다.

진료 및 처치 시 수치심을 느끼지 않도록 배려하기 위한 절차는 다음과 같다.

- 의료행위 시 신체노출 최소화: 커튼 또는 스크린 사용한다. 가능하다면 환자 이동 시 수치심을 느끼지 않도록 시트 등을 이용하여 가려준다.
- 탈의가 필요한 경우 검사복 및 탈의공간을 마련한다.

환자의 개인정보를 포함한 진료정보를 보호하기 위해 1) 진료를 위한 최소한의 환자 개인정보만 수집하고, 2) 진료과정에서 얻어진 개인정보는 환자 본인의 진료목적과 이에 수반되는 진료 지원업무 과정에서만 사용되어야 하며, 3) 타 기관에서 기타 연구목적으로 전자의무기록 자료를 요청하는 경우 개인정보를 제외한 자료만 제공할 수 있으며, 4) 정당한 사유 없이 전자의무기록에 저장된 개인정보를 탐지하거나 누출.변조 또는 훼손하여서는 안 되며, 5) 환자 개인 및 진료정보를 공공장소에서 언급하지 않는다.

요양병원은 노인 환자가 자유롭게 소통할 수 있도록 통신 등의 자유를 자유롭게 보장해야 한다. 법률 등에 의한 근거없이 자의적인 판단에 의해 통신 등의 자유를 제한하는 것은 인권침해라는 것을 인식해야 한다. 그런데 노인의 건강 상태에 따라 혼자 힘으로 통신이 어려울 수 있는데, 노인 환자의 중요한 결정이나 확인, 필요한 물품 해결, 정서적 위안 등 목적의 경중을 종사자가 판단하지 않아야 하며, 노인 환자의 의사를 존중하여 가족 등 외부와 연락하길 원하는 경우 전화 연락을 지원하도록 한다.

2020년 노인 환자의 인권교재 개발을 위해 실시한 심층 질적 조사 시 의료기관 종사자와 간병인 그룹에서 모두 사생활의 안전과 자유를 보장한다고 하였다. 같은 개발 연구를 위해 의료기관 종사자와 간병인을 대상으로 한 설문조사에서 노인환자의 사생활을 보호하고, 공개된 장소에 개인정보가 노출되지 않는다는 88.0%, 노인환자 상담 시 사생활 및

개인정보 보호 가능한 환경이 조성되어 있다는 88.3%, 노인환자에 관한 정보나 기록을 동의 없이 공개하지 않는다는 95.0%, 노인환자는 다른 환자와 교류와 소통이 가능하다는 89.7%. 노인환자는 외부와의 통신이 자유롭다는 86.3%로 긍정응답이 80% 이상인 가운데, 외부와의 통신이 자유롭다는 답변은 상대적으로 적었다.

다. 알 권리

보건의료에 관한 알 권리는 자신의 보건의료와 관련한 기록에 대하여 열람, 사본교부 요청을 할 권리를 의미하며, 매우 예외적으로 일정한 조건을 갖춘 경우에만 본인이 아닌 사람이 열람, 사본교부 요청을 할 수 있다고 정하고 있다. 다만, 본인이 요청할 수 없는 경우에는 그 배우자·직계존비속 또는 배우자의 직계존속이, 그 배우자·직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없거나 질병이나 그 밖에 직접 요청을 할 수 없는 부득이한 사유가 있는 경우에는 본인이 지정하는 대리인이 기록의 열람 등을 요청할 수 있다. 뿐만 아니라 보건의료기본법은 제11조 제1항에서 모든 국민은 관계 법령에서 정하는 바에 따라 국가와 지방자치단체의 보건의료시책에 관한 내용의 공개를 청구할 권리를 가진다고 정하고 있어, 정보에 대한 자기결정권으로 자기 정보 열람권을 보장하고 있다. 이를 구체화하여 의료법 제11조 역시 환자는 의료인, 의료기관의 장 및 의료기관 종사자에게 본인에 관한 기록(추가기재·수정된 경우 추가기재·수정된 기록 및 추가기재·수정 전의 원본을 모두 포함한다. 이하 같다)의 전부 또는 일부에 대하여 열람 또는 그 사본의 발급 등 내용의 확인을 요청할 수 있다. 이 경우 의료인, 의료기관의 장 및 의료기관 종사자는 정당한 사유가 없으면 이를 거부하여서는 안된다고 규정하면서, 의료인, 의료기관의 장 및 의료기관 종사자는 환자가 아닌 다른 사람에게 환자에 관한 기록을 열람하게 하거나 그 사본을 내주는 등 내용을 확인할 수 있게 하여

서는 안된다고 하여 기록 열람의 구체적인 요건과 절차를 규정하고 있다. 요양병원 등의 노인 환자는 이에 근거하여 본인에 관한 기록을 열람하거나 사본의 발급 등 내용의 확인을 요청할 수 있다.

'알 권리'와 정보의 자유(right to know)라 함은 일반적으로 접근할 수 있는 정보를 받아들이고, 받아들인 정보를 취사 및 선택하고, 의사결정·여론형성에 필요한 정보를 적극적으로 수집할 수 있는 권리이다. 알 권리는 흔히 정보의 자유와 동일한 의미로 이해되고 있다. 알 권리의 정립은 바로 현대 정보사회의 진전에 따른 정보체계의 근본적인 변화와 맥락을 같이한다. 일반적으로 알 권리는 정보전달체계와 직접적인 관련성을 견지하여 온 표현의 자유의 한 내용으로서 이해되어 왔다. 그러나 알 권리는 단순히 표현의 자유의 한 영역에 머무는 것이 아니라, 주권자인 국민의 정보 욕구를 충족시키고 이를 통하여 소극적인 지위에 머무르고 있던 국민이 주권자의 지위에서 적극적으로 정보전달체계에 직접 개입할 수 있다는 점에서 그 의의를 찾을 수 있다[18]'. '따라서 스스로 의사결정을 할 수 있는 것은 정보에의 접근이 충분히 보장됨으로써 비로소 가능한 것이며, 그러한 의미에서 정보에의 접근, 수집, 처리의 자유, 즉 '알 권리'는 표현의 자유와 표리일체의 관계에 있으며 자유권적 성격과 청구권적 성격을 공유하는 것이다[19]'.

알 권리는 아래와 같이 환자의 권리에도 명시되어 있다.

〈환자의 권리(의료법 시행규칙 제1조의3 제1항 관련)〉

- 진료 받을 권리: 환자는 자신의 건강보호와 증진을 위하여 적절한 보건의료서비스를 받을 권리를 갖고, 성별·나이·종교·신분 및 경제적 사정 등을 이유로 건강에 관한 권리를 침해받지 아니하며, 의료인은 정당한 사유 없이 진료를 거부하지 못한다.
- 알 권리 및 자기결정권: 환자는 담당 의사·간호사 등으로부터 질병 상태, 치료 방법, 의학적 연

18) 국가인권위원회(2020), 인권교육 기본용어.
19) 국가인권위원회(2007), 휴먼레터 2007년 10월호.

구 대상 여부, 장기이식 여부, 부작용 등 예상 결과 및 진료비용에 관하여 충분한 설명을 듣고 자세히 물어볼 수 있으며, 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다.

- 비밀을 보호받을 권리: 환자는 진료와 관련된 신체상·건강상의 비밀과 사생활의 비밀을 침해받지 아니하며, 의료인과 의료기관은 환자의 동의를 받거나 범죄 수사 등 법률에서 정한 경우 외에는 비밀을 누설·발표하지 못한다.
- 상담·조정을 신청할 권리: 환자는 의료서비스 관련 분쟁이 발생한 경우, 한국의료분쟁조정중재원 등에 상담 및 조정 신청을 할 수 있다.

요양병원에 입원한 모든 노인 환자는 진료과정에서 알 권리를 행사할 수 있으며, 자기결정에 참여할 수 있다. 진료과정은 검사, 시술, 치료계획, 퇴원계획 등 진료와 관련하여 의사결정이 필요한 과정으로 노인 환자는 1) 질병에 대한 설명(환자상태, 제안된 치료, 잠재적 효과 및 단점, 가능한 대안, 회복과 관련된 가능한 문제들, 치료를 받지 않을 경우 발생 가능한 결과 등)을 듣고 의사결정에 참여, 2) 본인이 받게 되는 치료, 검사, 수술, 입원 등의 의료행위에 대한 설명을 듣고 시행 여부에 대한 의사결정에 참여, 3) 계획된 진료를 받지 않거나 진료가 시작된 이후 이를 중단하거나, 대안적 진료에 대한 설명을 듣고 선택할 수 있다.

2020년 노인 환자의 인권교재 개발을 위해 실시한 의료기관 종사자와 간병인을 대상으로 인권 인식에 대한 심층 질적 조사에서 의료기관종사자 그룹에서 알 권리에 대해서는 환자의 특성 상 이해도가 떨어져 주로 보호자에게 안내한다고 하였다.

그러나 이 때도 환자의 특성과 그 의학적 상태 등을 고려한 의사능력을 평가하여야 하며, 요양병원 종사자가 정보 열람이나 동의에 기반한 민감정보 처리가 가능하기 위해서는 노인 환자에 대한 인지능력 평가 등이 선행되어야 하고, 그에 근거하여 유효한 동의를 득해야 한다. 즉 우선적으로 의사능력이 있는 환자를 대리한 보호자의 동의는 유효하지 않음에 유의해야 한다.

라. 사회·경제적 안전과 자유

요양병원은 노인 환자의 경제력으로 차별하면 안 되고, 특별한 이유가 없는 한 금전 및 개인 물품 소지 및 사용을 보장해야 한다. 또한 개인물품의 관리를 위해 보안장치가 있는 장비를 제공해야 한다. 요양병원은 재정적/물질적 학대의 일종인 노인 환자의 돈 및 물건 훔치기, 노인 환자 금전 관련 서류에 동의 없이 서명, 노인 환자의 동의 없이 소유물을 무단파기 등이 발생하지 않도록 종사자, 봉사자 등을 관리하여야 한다.

2020년 노인 환자의 인권교재 개발을 위해 의료기관 종사자와 간병인을 대상으로 한 설문조사의 관련 문항으로 노인환자의 돈이나, 급여 또는 물건 등을 다른 사람의 허락 없이 사용하거나 빼앗는다는 5.3%, 노인환자 명의 서류를 거짓으로 작성하거나 서명하도록 강요한다는 3.9%, 병원에서 헌금이나 후원금, 물품구입, 비급여 치료 등을 강요한다는 3.2%, 노인환자가 원하지 않은 일이나 노동을 강요한다는 2.8%로 드물게 발생하고 있음을 확인하였다.

5. 양질의 의료 서비스를 제공받을 권리

요양병원에 입원한 노인 환자는 요양병원 입원 결정 및 서비스를 선택할 권리, 요양병원 입원 상담 시 정보 제공을 받을 권리, '치료계획 수립 시 참여 및 결정할 권리, 입원생활 중 동료 노인과의 관계에 있어 인격적 존중을 받을 권리, 학대와 방임 등 부적절한 처우를 받지 않을 권리, 간호와 투약 응급처치 등의 의료서비스를 받을 권리, 치매노인의 인간으로서의 존엄·와상노인 사생활보호에 있어 인격적 존중을 받을 권리·임종장례에 있어 애도

를 받을 권리 등 요양 및 생활 서비스를 받을 권리'[20]가 있다.

양질의 의료서비스를 제공 받을 권리는 건강권과 관련 있는데, 세계보건기구(WHO)에서 건강권을 "단순히 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라 신체적·정신적·사회적으로 완전한 안녕"상태로 정의했다. 또한 경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제규약(ICESCR, 아래 사회권 규약)은 "달성 가능한 최고 수준의 신체 및 정신 건강에 대한 권리"를 규정하고 있다. 달성 가능한 최고 수준의 신체 및 정신 건강에 대한 권리는 노인들에게 양질의 의료가 제공됨으로써 노인 환자 맞춤형 최고 수준의 신체적 및 정신적 건강권의 보호가 포함된다. 노인의 건강권은 치료의 "시의 적절성"이 필요하다고 하였다. 즉 노인 환자의 건강권을 존중하면서 치매나 향정신성의약품의 지속 투여가 적절한지에 대한 주기적 검토가 필요하고, 의사결정 능력이 있는 노인 환자는 특정 의약품의 이익과 위해를 고려한 치료의 지속 여부에 대한 동의를 받아야 한다. 동의가 없는 상태에서 치료하는 것은 개인의 신체적, 도덕적 온전함을 침해하는 것으로 간주되어 사생활에 대한 권리를 침해할 수 있다. 요양병원은 노인에게 적절한 완화의료 서비스 및 건강관리 시스템에 접근할 수 있도록 조치를 취해야 한다. 요양병원은 노인 환자의 영양 불량에 주의를 기울여 적절한 치료를 받도록 해야 하고, 노인 환자 맞춤형 관리를 해야 한다.

또한 노인의 요구와 특성을 고려하여 노인의 건강권 실현은 예방, 치유, 재활의 요소를 통합적으로 고려하여야 한다. 노인 질환의 특성은 신체 기능 저하와 함께 발생하는 것으로 질환 치료도 중요하지만 노인의 존엄성과 독립성을 유지하기 위해 신체적·정신적 기능을 회복시키는 재활 치료도 필요하다.

2020년 노인 환자의 인권교재 개발을 위해 실시한 심층 질적 조사 시 건강권에 대해서는 요양병원 인증기준에 반영되어 있어 대부분 제공된다고 하고 있으며, 심폐소생술

20) 대한요양병원협회(2019), 노인의료복지, 인권에서 답을 찾다, 대한요양병원협회.

CPR의 경우 거의 발생하고 있지 않지만 필요시 시행하고 있다고 응답하였다. 다만, 연명의료결정법 상 그 대상이 될 수 있는 환자군인 말기환자들도[21] 있고, 이런 말기환자들이 임종과정에[22] 이르거나 법에서 정하고 있는 임종과정에 있는 환자로 의학적 판단을 받을 수 있지만[23], 실제로 이러한 연명의료중단 등의 결정절차를 모두 준수하고 이를 시행하는 것이 요양병원에서는 여러 절차적 어려움이 있다고 하였다.

2020년 노인 환자의 인권교재 개발을 위해 실시한 질적 조사에서 언급된 바와 같이 이런 경우 양질의 의료서비스를 제공받을 권리에 근거하여 요양병원 입원 전후에 노인 환자 중 일부가 말기환자이거나 임종과정에 있는 환자라 하더라도 법에서 정하고 있는 연명의료중단 등의 결정을 할 수 있는 절차 즉 사전연명의료의향서를 작성·등록하였거나 담당의사와 연명의료계획서를 작성해 놓는 등이 없었다면, 오히려 연명의료중단 등의 결정을 할 수 없는 경우가 발생할 수 있다. 특히 요양병원은 이 법에 의한 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 관한 업무를 수행하려는 의료기관이 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 해당 의료기관에 설치하고 등록하여야하는 의료기관윤리위원회를 구성하고 활동을 할 수 있는 여력이 불충분할 수 있다. 의료기관윤리위원회는 연명의료중단 등 결정 및 그 이행에 관하여 임종과정에 있는 환자와 그 환자가족 또는 의료인이 요청한 사항에 관하여 심의하거나 환자와 환자가족에 대한 연명의료중단 등 결정 관련 상담을 하는 활동을 하게 되고, 해당 의료기관의 의료인에 대한 의료윤리교육 등의 업무를 수행하기도 하므로 요양병원 종사자에 대한 교육의 역할도 담당할 수 있다(연명의료결정법 제14조). 따라서 필요한 경우 노

21) 이 법에 의해 "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다 법 제2조 제3호.

22) 연명의료결정법 상 "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다. 법 제2조 제1호.

23) 연명의료결정법에 의해 연명의료중단 등 결정 대상이 되는 환자는 임종과정에 있는 환자로 이 법에서 "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.

인환자 인권을 고려할 때 요양병원 등은 이 의료기관윤리위원회를 설치·등록하고 활용하는 것이 타당하다. 다만 의료기관윤리위원회 구성과 관련하여 해당 의료기관에 종사하는 사람으로만 구성할 수 없으며, 의료인이 아닌 사람으로서 종교계·법조계·윤리학계·시민단체 등의 추천을 받은 사람 2명 이상을 포함하여야 하므로, 외부 위원들을 활용하거나 공용윤리위원회를 활용하는 것도 고려할 수 있다.

양질의 의료서비스를 제공받을 권리에 근거하여 회생가능성이 없음에도 불구하고, 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것에 해당하는 연명의료를 지속적으로 제공하는 것은 오히려 이후 논의하게 될 노인 환자의 '불필요한 고통을 피할 권리'에 대한 침해가 될 수도 있다는 것에 유의하여야 한다.

그러나 반대로 심폐소생술 등 연명의료에 관하여 회생가능성과 치료효과, 환자의 고통경감 등 다양한 요소들을 고려할 때 의학적 필요성이 여전히 존재하고 연명의료결정법 등에 의한 연명의료결정 등의 대상 여부를 고려하여야 하는 말기환자나 임종과정에 있는 환자가 아닌 자에 대하여 필요한 의료서비스를 중단하는 것은 양질의 의료 서비스를 제공받을 권리에 대한 침해가 된다. 실제로 이러한 경우 연명의료중단 결정을 하였거나 사전연명의료의향서 등이 작성되지 않은 노인 환자에 대하여 환자 본인 또는 가족들의 의사에 반하여 기관삽관이나 심폐소생술과 같은 적극적인 치료를 시도하지 않은 경우 인권침해가 된다. 실제로 국가인권위원회에서는 관련한 사항으로 의료기관장 등 종사자들에게 인권교육 실시가 권고되기도 한 바 있다.[24] 이 때 가장 중요한 것은 의료진의 대상 환자에 대한 의학적 판단도 중요하나, 그 과정에서 본인과 가족 등 보호자들에 대한 절차적 내용을 포함한 정보를 제공하고 이를 토대로 동의가 이루어질 수 있도록 하는 것이 매우 중요하다.

24) 국가인권위원회 20진정0400700.

6. 불필요한 고통을 피할 권리

환자에게는 불필요한 고통을 피할 권리가 있다. 환자의 불필요한 고통을 회피하기 위해서는 의학적인 처치 즉 의사의 치료를 통해 고통을 회피하게 하는 것이 일반적이다.

최근 감염병 사태로 인한 격리 등 코로나19로 죽어가는 노인들을 포함하여 노인은 사랑하는 사람들에게 둘러싸여 적절한 약물 치료를 통해 심리적, 사회적, 영적 도움과 증상 완화를 포함한 임종 간호를 받을 권리가 있다. 노인들은 치료를 받을 동등한 권리가 있는 반면, 그들은 치료를 거부하고 적절한 완화 및 임종 치료를 받을 권리도 있다. 노인의 삶과 건강에 대한 결정을 내리는 자율성은 항상 중요한데, 특히 코로나19기간 동안 더욱 존중되어야 한다. 서명 동의와 완화치료는 모든 치료 단계에서 선택되어야 한다. 위험과 이점을 고려하여 정보에 입각한 의사결정을 내릴 수 있도록 인지력 저하나 말기 상태 등 취약한 상황에 처한 사람들에게 지원이 필요하다. 코로나19환자에 대한 완화의료에 대한 구체적인 프로토콜은 대부분 누락되어 있고 호스피스와 의료 시스템 간의 통합이 불충분하므로 개발될 필요가 있다. 이러한 지침은 포괄적이어야 하며 직원 교육과 가족에 대한 지원도 포함해야 한다. 건강권에 관한 유엔 특별보고관이 언급한 바와 같이 완화의료를 위한 의약품 공급이 보장되어야 한다. 심지어 감염병 대유행기간 동안 노인들이 '심폐소생술 금지' 동의서에 서명하도록 압력을 받는 사례가 보고되기도 하였다.

적극적 치료를 선택하지 않고 대체적인 완화의료를 선택하거나 연명의료에 대한 사전적인 의사표시가 노인환자에게 필요로 하는 의료서비스나 적극적인 치료를 거부하는 구실로 사용되어서는 안 된다. 노인환자들에게 충분한 정보제공 없이 그런 동의서에 서명하도록 부당한 압력을 가하는 것 자체가 인권을 침해하는 것이다. 어느 단계에서든 노인환자를 주체로 인식하고 의사결정과정에 참여시키고 노인이 당사자로서 결정할 수 있도록 충

분한 정보와 지원이 이루어져야 한다.

PART 3

인권실천과 인권교육

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

| 제 1 장 |
노인 장기요양에 대한 인권 관점의 적용:
요양 제공자를 위한 도구들

| 제 2 장 |
Ⅰ. 노인 요양현장에서의 인권 실천 사례: 위마니튀드 운동
Ⅱ. 노인 요양현장에서의 인권 실천 사례: 존엄케어, 4무 2탈

| 제 3 장 |
보건의료 종사자를 위한 인권교육 지침

PART 3

인권 실천과 인권교육

| 제 1 장 |

노인 장기요양에 대한 인권 관점의 적용: 요양 제공자를 위한 도구들

유럽국가인권기구 네트워크

보고서 개요

감사의 말

1. 서문

2. 배경

3. 인권이란 무엇인가?

4. 인권기반 접근법이란?

5. 인권기반 접근법의 논리적 근거

6. 장기요양시설에서의 인권기반 접근법 이행

7. 요약과 결론

부록: 관련 인권 기준

본 보고서의 원 제목은 "Applying a Human Rights-Based Approach to Long-term Care for Older Persons: A Toolkit for Care Providers"이며, 유럽연합의 공동출자로 유럽국가인권기구 네트워크(European Network of National Human Rights Institutions)가 2017년 2월 발간한 보고서로 국가인권위원회가 번역하였으며 번역에 따른 책임은 국가인권위원회에 있습니다.

보고서 개요

가. 서문

본 보고서는 유럽 전역의 요양제공자들이 장기요양이 필요한 노인에 대한 인권 의무를 이해하도록 돕는데 그 목적이 있으며 이를 위해 인권의 의미와 장기요양 시설에서 인권을 어떻게 적용해야 할지를 알기 쉽게 설명한다. 따라서 노인 장기요양 환경에서의 일상 실무에 인권기반 접근법을 적용하는데 도움을 줄 것이다. 본 보고서는 유럽 6개국에 있는 유럽국가인권기구 네트워크 회원기관이 실시한 장기요양부문에서의 인권 상황에 대한 모니터링 작업을 토대로 인권기반 접근법을 장기요양에 접목시키는 것이 어떻게 요양제공자들이 인권 의무를 다할 수 있게 지원하는지를 부각시키기 위하여 작성되었다.

나. 인권기반 접근법

서비스 이행에 적용되는 인권기반 접근법은 서비스 기획, 정책 및 이행의 모든 측면에서 인권 원칙과 기준을 중심에 두는 모델을 의미한다. 인권기반 접근법은 다섯 가지 핵심 가치를 포함하며, 특정 사안에 영향을 미치게 되는 참여, 책임과 투명성, 차별금지와 평등, 권리자의 권한과 적법성이 해당한다. 요양제공자가 국내 및 국제 인권법에 따라 의무를 다하게 해주는 유용하고 효과적인 방법이다. 이는 직원과 서비스 이용자 모두에게 혜택을 주며 보건 관련 결과 향상과 직원 이직률 및 치명적 사고발생율 감소를 통해 잠재적으로 자원을 절감할 수 있다.

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

다. 장기요양 시설에서의 인권기반 접근법 시행

돌봄(요양) 환경에서 인권기반 접근법의 구현은 설계, 이행, 지속적인 모니터링과 개선이라는 세 가지 단계로 진행되며 정책과 실천이 인권을 준수하도록 하는데 주안점을 둔다. 유럽국가인권기구 네트워크 연구에 따르면, 요양시설은 노인의 존엄성에 대한 권리, 학대 예방, 자율성에 대한 권리, 참여, 사생활, 도달 가능한 최고 수준의 건강과 사법 접근을 보장하는데 가장 큰 어려움을 겪고 있다. 하지만 다양한 우수 실천 역시 찾아볼 수 있으며, 이는 종종 요양제공자를 대상으로 한 인권기반 접근법과 거주자의 공식 및 비공식 의견 수렴을 통해 돌봄과 요양시설 운영에 영향을 주는 의사결정으로 이어졌다.

감사의 말

본 보고서는 유럽국가인권기구 네트워크(ENNHRI)를 대표하여 프로젝트 코디네이터 시아라 오드와이어가 ENNHRI 사무총장 데비 코너의 조언을 받아 작성되었다. 사무국 담당팀은 시범 모니터링 작업 중에 조언을 제공하고 협력해준 아래의 사람들에게 감사를 전한다.

- 다비 베르하르트, 라시드 바툼, 디디에 분, 파티마 하니네, 미셸 반데르캄 – 벨기에 연방기회평등센터(Unia, Interfederal Centre for Equal Opportunities)
- 실비야 트르고벡 그라이프, 크세니야 바우어, 로라 비도비치, 니키카 프란치, 멜라니야 코피치, 다리아 시미치, 타티아나 블라시치 – 크로아티아 옴부즈우먼 사무소 (Office of the Ombudswoman of Croatia)
- 폴리나 아론손 박사, 클라우디아 말러 박사, 페트라 폴마르오토 박사, 베티나 힐데브란트, 더크 요스텔, 베아테 루돌프 교수 – 독일인권연구소(German Institute for Human Rights)
- 티메아 치코스 박사, 아그네스 발라지티, 보글라르카 라슬로 박사, 베아타 보르자 박사, 미클로시 가람바리 박사, 버나뎃 키스 박사, 리비아 토트 박사 – 헝가리 기본권위위원회 사무국(Office of the Commissioner for Fundamental Rights of Hungary)
- 비타우타스 발렌티나비치우스, 크리스티나 브라제빅, 데이만테 카루지엔, 에글레 메카이트, 유라스 타민스카스 – 리투아니아 세이마스 옴부즈맨 사무국(Seimas Ombudsmen's Office of Lithuania)
- 마리우스 모카누, 다니엘라 알부 – 루마니아 인권연구소(Romanian Institute for Human Rights)

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

연구에 참여했던 각 요양시설의 거주자, 가족, 직원과 관리직 모두가 시간을 할애해 솔직하게 조언과 의견, 생각을 나눠준 데에 깊은 감사를 전한다. 이들이 제공해준 정보는 우리가 요양 부문의 모든 이해당사자들이 장기요양시설 생활을 고려하거나 이용 중인 노인의 인권을 존중하는데 있어 직면한 과제를 조명하는데 도움이 되었다.

자료 수집 단계에서 전문가 인터뷰와 포커스 그룹에 참여해준 관련 공무원, 지역 보건 및 사회복지 담당자들과 직원, 교육 담당자, 그리고 시민단체에 감사드린다. 덕분에 국가와 지역 차원에서 서비스를 설계하고 시행할 때 어떻게 인권 사안을 고려할지에 대한 통찰을 얻을 수 있었다.

연구 설계 및 시행과 본 보고서를 작성하는데 귀중한 조언을 아끼지 않은 프로젝트 자문단 여러분에게 감사를 전한다. 유럽연합 집행위원회(European Commission, 이하 집행위원회)와 집행위원회 고용사회통합총국(DG EMPL)의 귀중한 재정 지원에도 감사드린다.

1. 서문

나이가 들어서 웃음을 멈추는 것이 아니라 웃음을 멈추면 나이가 든다.

조지 버나드 쇼, 아일랜드 극작가

전세계적으로 인구고령화가 빠르게 진행되고 있다. 60세 이상이 세계 인구의 11퍼센트를 넘어서고, 2050년까지 그 숫자는 약 22퍼센트에 육박할 것이다. 유럽에서만 65세 이상 인구는 50년 후 두 배 이상으로 늘어날 것이라고 예상된다.

이러한 인구성장은 축하할 만한 일이다. 영양, 위생, 보건, 교육 및 경제적 복지의 향상으로 인해 노인들의 수명이 길어지고 있다. 더욱이 인구고령화는 셀 수 없는 기회를 낳는다. 노인(만65세 이상)들은 이미 자원봉사, 아동 및 취약 노인 돌봄, 시설에서의 경험과 지혜의 전수, '실버 경제'에의 기여(노화에 따른 필요 및 기회와 관련된 재화와 용역 구매) 등 다양한 방식으로 사회에 기여하고 있다. 의료 서비스, 고정수입, 사회망, 법적 보호를 보장하는 올바른 조치가 갖춰져 있으면 인구고령화는 노인들에게 더욱 의미 있는 방식으로 사회에 기여할 수 있는 기회를 준다.

동시에 인구고령화는 장기요양에 대한 수요를 증가시키고 있다. 유럽에서 장기요양 중이거나 장기요양을 고려하는 노령인구는 이런 서비스에 접근과 이용에 어려움을 겪는다. 정책입안자는 한정된 자원으로 많은 서비스 이용자의 요구에 대응하면서 이런 문제들이 더 확연히 드러나게 되는 결과를 우려하고 있다. 게다가 다양한 인권 조약에 대한 의무에도 불구하고 노인인권 기준과 현황에 대한 인식이나 이해는 부족한 실정이다.

본 보고서는 유럽 전역의 요양제공자들이 장기요양이 필요한 노인의 인권 의무를 이

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

해하도록 돕는데 그 목적이 있으며 이를 위해 인권의 의미와 장기요양 시설에서 이를 적용하는 방법을 알기 쉽게 설명한다. 본 보고서는 노인 장기요양 환경에서 인권기반 접근법을 일상적인 실천에 결합하는데 도움이 될 것이다. 본 보고서는 어떻게 장기요양에 인권을 접근하는 것이 요양제공자들의 인권 의무 달성에 도움이 되는지를 강조하기 위하여 유럽 6개국의 장기요양부문에서의 인권 현황에 대한 모니터링 작업을 토대로 작성하였다.

제2절에서는 유럽국가인권기구 네트워크와 네트워크의 노인 인권과 장기요양에 대한 프로젝트를 소개한다. 제3절은 인권이 무엇인지를, 제4절에서는 인권기반 접근법과 기본 원칙이 무엇인지를 설명한다. 제5절은 인권기반 접근법 사례를, 제6절은 거주형 요양시설의 일상 운영에 있어 인권기반 접근법 시행을 지원하는 방법에 대한 지침을 안내한다. 제7절에서는 간략한 요약과 함께 결론을 도출한다.

2. 배경

타인의 인권을 부정하는 것은 그 사람의 인간성을 배척하는 것이다.

넬슨 만델라, 남아프리카공화국 정치인 겸 박애주의자

ENNHRI는 유럽국가인권기구 네트워크로 유럽 전역의 40개 국가인권기구로 구성된다. 국가인권기구는 정부로부터 독립적인 국가기관으로 인권을 고취하고 보호해야할 광의의 입법적 또는 헌법 상의 권한을 가진다. 유엔파리원칙(UN Paris Principles, 1993)을 참조하여 인가된 국가인권기구는 강력하고 효과적인 국가적, 지역적 국제 인권 프레임워크의

핵심 요소이다. 유럽국가인권기구 네트워크는 유럽의 국가인권기구가 국가 차원에 효력을 발휘하고 유럽 전역에서 인권을 증진하고 보호하도록 지원한다.

2015년 1월 유럽국가인권기구 네트워크는 유럽연합 집행위원회의 재정지원을 받아 노인 인권과 장기요양 프로젝트에 착수하였다. 2017년 6월까지 진행된 본 프로젝트의 목표는 특히 시설 돌봄을 중심으로 장기요양 노인의 인권보호를 강화하는데 있다.

프로젝트의 핵심 요소 중 하나는 유럽연합을 대표하는 벨기에, 크로아티아, 독일, 헝가리, 리투아니아, 루마니아 총 6개국에서 장기요양 상태이거나 고려하는 노인의 인권 현황을 모니터링하는 것이다. 요양시설에 대한 모니터링 작업은 2015년에서 2016년 동안 각 관할 국가인권기구가 수행하였다.[1]

모니터링 작업에 따르면 대부분의 요양보호사들은 본능적으로 사람중심 접근법을 자신들의 업무의 기본 지침으로 활용하였다. 하지만 요양시설에서 생활하는 노인 인권의 완전한 보호와 관련하여 파악된 일부 실천들은 특히 존엄성, 사생활에 대한 권리, 자율성, 참여와 사법 접근성을 지키는데 있어 우려되는 상황이었다. 모든 요양시설 종사자들 역시 모든 거주자들의 권리를 어떻게 지켜낼 지에 관하여, 특히 각 개인 거주자를 위험에서 보호하는 동시에 그들의 자율성을 존중하는 방법 측면에서 매일 난관과 딜레마에 부딪혔다. 요양제공자들이 직면한 난관의 가장 큰 원인은 시설 생활 노인 인권에 대한 자신들의 의무가 무엇인지, 그리고 이를 어떻게 실천할 것인지가 항상 명확하지 않았다는 것이다.[2]

1) UNIA, the Interfederal Centre for Equal Opportunities, Belgium; The Office of the Ombudswoman of the Republic of Croatia; The German Human Rights Institute; The Office of the Commissioner for Human Rights Hungary; The Seimas Ombudsmen's Office of the Republic of Lithuania; and The Romanian Institute for Human Rights.
2) ENNHRI, 2017, "We have the same rights:" The Human Rights of Older Persons in Longterm Care in Europe. www.ennhri.org

3. 인권이란 무엇인가?

넘어진 사람에게 손을 내밀지 않는 것은 옳지 않다. 이는 인류 전체에 통용되는 보편적인 법칙이다.

대 세네카, 연설가/철학가

가. 인권이란 무엇인가?

인권은 인간이 존엄하게 사는데 필요한 최소한의 기준을 나타낸다. 모든 사람은 국적, 거주지, 성별, 국적 및 민족, 피부색, 종교, 언어나 다른 어떤 지위에 관계없이 동일한 권리를 가진다.

인권의 기본 목적은 개인에게 자신의 삶을 변화시키고 지역사회의 발전과 개인의 미래에 영향을 미치는데 필요한 권한, 역량, 능력, 접근을 부여함으로써 개인의 최대 잠재력을 실현시킬 힘을 실어주는 것이다. 본질적으로 인권법은 모든 개인이 자신의 삶에 영향을 주는 모든 결정을 선택하고 참여할 권리를 갖도록 보장하는데 집중한다. 개인의 바람은 존중되어야 하고 제한된 상황에서만 안전이 개인의 자율성보다 우선적으로 고려된다.

인권의 범위는 광범위하고 다양하며 생명권, 신체의 자유와 사생활에 대한 권리, 사상의 자유에 대한 권리, 교육을 받을 권리, 적절한 생활수준에 대한 권리 등이 포함된다.

나. 인권은 어떻게 보호되는가?

유럽에 거주하는 개인의 인권은 국내 인권법 외에도 구속력 있는 수많은 국제 및 지역 인권 조약과 1945년 이후 전 세계적으로 채택된 기타 법률 문건을 통해 보호된다. 여기에

는 9개 유엔 인권조약이 포함된다.[3]

유엔 인권조약을 비준한 모든 국가는 관련 조약에 포함된 인권 의무 이행에 관한 보고서를 작성하여 유엔조약기구에 제출해야 한다. 또한 일부 조약은 개인이 유엔기구에 진정서를 제출하는 것을 허용한다.[4] 유엔인권조약은 국가에 따라 즉각적으로 국내 법정에 효력을 가지거나 조약의 재판회부 가능성을 보장하기 위해 국가차원에서 추가 채택 단계를 거쳐야할 수도 있다.

가장 최근 채택된 유엔 협약인 장애인 권리에 관한 협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD)은 장기요양 중인 노인에게 중요한 협약이다. 75세 이상의 유럽인의 약 60퍼센트가 건강 문제로 일상 생활에 제약이 있다고 말했다. 유럽의 시설 요양 생활을 하는 노인의 60~80퍼센트가 일종의 치매(미진단 포함)를 앓고 있고 약 80퍼센트는 경증에서 중증의 장애를 가지고 있다고 추산된다. 유엔장애인권리협약은 여러 인권 문제에 대해 이전의 조약과는 다른 관점을 제공한다. 일례로 2014년 유엔장애인권리협약 위원회(협약 준수를 모니터링하는 조약기구)가 발행한 제14조에 관한 지침은 장애를 근거로 한 구금의 전면 금지를 단호하게 지지한다. 이는 국가가 개인의 의지에 반하여 시설 생활을 강제하는 것은 해당 협약 제14조에 위배되는 것이다. 마찬가지로 위원회는 장애가 있다는 이유만으로 법적 능력(즉, 법적으로 인정받는 권리를 포함하여 자기 삶에 영향을 주는 의사결정을 할 권리)을 박탈하는 것이 정당화되지는 않는다고 주장해왔다. 따라서 개인이 부정적인 결과를 가져온다고 여겨지는 결정을 하거나 의사결정 능력이 부족하다고 판단될 때에도 그들의 법적 능력은 반드시 계속해서 존중되어야 한다.

유럽회의(Council of Europe)의 유럽인권협약(European Convention on Human Rights,

3) http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CoreInstruments.aspx
4) In some cases, this depends on the ratification of an Optional Protocol.

ECHR)은 유럽의 핵심 인권 조약으로 유럽회의 회원국은 모두 해당 조약에 규정된 인권을 보호할 것을 약속하였다. 정부나 국가에 의해 권리가 침해되었다고 생각하는 개인은 유럽 인권재판소(European Court of Human Rights)에 진정을 제기할 수 있는데, 다만, 모든 국내 법적 방법을 다 시도해본 이후여야 한다.

다. 인권 의무

인권은 권리자와 의무 이행자를 만든다. 국가가 인권조약을 비준하면, 국가는 조약을 지키기 위한 주된 책임을 진다. 여기에는 국가를 대신하여 서비스를 제공하는 모든 기관도 포함되는데 노인에게 장기요양 서비스를 제공하는 거주형 요양시설도 마찬가지다. 권리자는 특정 인권조약에 따라 권리가 부여된 모든 개인이다. 인권 기준 적용에 대한 기본 정신은 권리의 향유가 당사국 시민에게만 국한되지 않는다는 것이다. 망명신청자, 난민, 이주노동자 및 당사국 영토나 관할 지역에 있게 된 사람들처럼 국적이나 무국적 상태에 관계없이 모든 개인에게 이 기준이 적용된다.[5]

의무 이행자가 지켜야할 인권 의무는 해당 인권과 당사국의 가용자원에 따라 다양하다. 일부 인권은 절대적이기 때문에 국가는 해당 권리의 향유를 결코 저해해서는 안 된다. 여기에는 고문과 비인간적이고 굴욕적인 대우로부터 보호받을 권리가 포함된다. 다른 권리들은 개인의 권리와 공동체적 필요나 국익 간의 균형이 필요하다. 이 같은 특수 상황에서는 의무자가 인권을 제한하거나 다른 사람이 제한하도록 하는 것이 허용된다. 아래 3.4절에서 상술한대로 합당한 목표와 더불어 명확한 법적 근거가 있고 그 제한이 비례적인 경우로 한정한다.

5) http://www.biicl.org/files/5930_building_human_rights_into_practice_-_english.pdf

국가는 경제적, 사회적, 문화적 권리의 완전한 실현을 위해 가용자원 내에서 "최대한 신속하고 효과적으로" 신중하고 구체적이며 목표가 확실한 조치를 취해야 할 의무가 있다(이는 '점진적 실현' 원칙으로 알려져 있다). 하지만 국가는 관할권 내의 모든 개인의 인권을 점진적으로 실현하기 위하여 모든 가용자원을 활용하여 가능한 빠르게 처리하고 있다는 것을 증명할 수 있어야 한다. 권리의 점진적 실현 개념에 따르면 해당 국가가 일정 수준의 경제발전에 이르지 못했다고 정부가 아무런 조치를 취하지 않는 것이 정당화되지 않는다.

하지만 정부는 가용자원이 어느 정도인지 관계없이 관할 영역에 있는 사람들이 자신의 경제적, 사회적, 문화적 권리를 적어도 필수적인 수준에서 보호받도록 할 의무가 있다. 기아, 기초교육, 응급의료, 기본 주거시설에 대한 보호를 받도록 하는 것이 존엄성 있는 삶을 영위할 기초 요건에 해당되고 언제나 이를 보장하는 것이 바로 정부의 의무이다. 경제침체나 기타 위기상황에서도 이러한 핵심 요건은 모두에게 반드시 보장되어야 한다. 아래 3-라절에서 인권 의무의 준수를 위하여 요양제공자가 자원을 우선적으로 배정해야 할 것으로 기대되는 영역의 사례를 보여준다.

라. 장기요양 관련 인권

2015년 유럽국가인권기구 네트워크는 해당 네트워크와 장기요양 구성과 서비스 이행에 관련된 인권 기준을 파악하기 위해 법적 구속력 유무와 관계없이 모든 국제 조약과 유럽 조약에 대해 텍스트 기반 분석을 수행하였다.[6]

본 분석은 장기요양 중인 노인의 관점에서 특히 중요한 다양한 권리를 확인하였으며 내용은 다음과 같다.

6) ENNHRI: Human Rights of Older Persons and LTC Project: The Application of International Human. Rights Standards to Older Persons in LTC, forthcoming.

- 장기요양 서비스에 접근(적정한 가격의 보건의료 서비스에 대한 모든 사람의 평등한 접근과 장기요양 환경 선택권)
- 생명권
- 고문과 폭력, 학대를 받지 않을 권리
- 신체의 자유, 이동과 구속되지 않을 자유
- 선택, 자율성, 법적 능력, 법 앞의 평등 인정
- 존엄성에 대한 권리
- 사생활과 가족생활에 대한 권리
- 참여와 사회적 통합에 대한 권리
- 표현의 자유, 사상의 자유와 양심(신념, 문화, 종교)
- 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강에 대한 권리
- 적절한 생활 수준에 대한 권리
- 평등과 차별금지
- 효과적 구제책과 배상을 포함한 사법 접근에 대한 권리[7]

구속력 있는 인권 조약이 비록 장기요양에 대한 구체적인 권리를 포함하거나 장기요양 서비스의 선택 권리를 포함하지는 않았지만,[8] 장애인권리위원회는 장애인이 시설 생활, 재가 또는 지역사회 요양보호 서비스를 비롯한 돌봄 형태를 선택할 권리를 가지며, 따라서 장애 노인은 자기 의지에 반하여 돌봄 시설에 들어가서는 안 된다고 확인하였다.

그러나 중요한 제약사항도 존재한다.

7) Annex X sets out the conventions providing for each of these rights and Annex X shows which European states have ratified each treaty, and thus accept responsibility for implementing them

8) See ECtHR Judgement: H.M v Switzerland, 26 February 2002, (no.39187/98), ECtHR Judgement Watts v. the United Kingdom, 4 May 2010, (no.53586/09).

1. 장기요양 서비스를 받을 권리나 서비스 제공자나 돌봄 환경 선택에 대한 권리는 자동 발생적 권리가 아니다.

2. 조약기구와 법원에 따라 많은 권리가 다르게 해석되는데, 예를 들어 자율성은, 유럽인권재판소(European Court of Human Rights, ECtHR)의 경우, 당사자와 타인의 안전을 보호하기 위한 이유 같은 제한된 상황에서 권리를 제약하는 것을 허용하는 반면, 유엔은 타인이 동의하지 않을 수도 있는 의사결정에 대한 개인의 권리를 우선시한다.

'연성법(soft law)' 체계 역시 노인의 처우에 대한 지침을 제시한다. 노인을 위한 유엔원칙(United Nations Principles for Older Persons),[9] 마드리드 국제고령화행동계획(Madrid International Action Plan on Ageing),[10] 노인인권 증진에 관한 유럽회의 권고사항(Council of Europe's Recommendation on the Promotion of Human rights of Older Persons)[11]은 의무자에게 노인 권리와 권리 이행 방법에 대한 지침을 제시한다.

마. 장기요양제공자의 인권 의무 실천

현장에서의 인권 의무(3-다절에서 설명)와 장기요양과 관련된 인권을 이해하는 것과 함께 의무 이행자가 자신들의 인권 의무를 이행하는 방법을 결정하려면 인권기구가 현행 인권법을 어떻게 해석하는지에 대한 이해가 필요하다. 부록은 해당 유엔조약기구와 유럽인권재판소의 해석에 따라 장기요양과 관련된 각 인권에 따른 의무를 간략하게 설명한다. 이 요약표는 유럽국가인권기구 네트워크가 노인인권과 장기요양 프로젝트의 일환으로 실시한 검토를 토대로 작성되었다. 이 표는 요양제공자 의무를 망라한 설명서의 역할이 아니라

9) UN Principles for Older Persons, 1991, http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OlderPersons.aspx
10) Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002, www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf
11) Council of Europe, Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons, https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=2162283&

핵심 영역에 대한 지침을 제공한다.

4. 인권기반 접근법이란?

가. 인권기반 접근법

우리가 직면한 매 상황에서 권리기반 접근법은 우리에게 다음과 같이 질문할 것을 요구한다: 권리의 내용은 무엇인가? 인권 보유자는 누구인가? 그에 대응하는 의무이행자는 누구인가? 권리자와 의무이행자는 자신들의 권리를 요구하고 책임을 이행할 수 있는가? 그것이 불가능하다면 우리는 어떻게 그들을 도울 수 있는가?

메리 로빈슨, 전 유엔인권최고대표

서비스 이행에 적용되는 인권기반 접근법은 인권 원칙과 기준을 서비스의 기획, 정책 및 실행의 모든 측면에서 인권 원칙과 표준을 중심에 두는 모델을 의미한다. 인권기반 접근법은 다음의 핵심 요소를 가진다.

1. 모든 주요 이해당사자가 권한을 가지며 권리 실현 달성에 참여할 수 있다.
2. 증진된 권리는 국가인권법과 국제인권법에 명시적으로 연계된다(부록에 설명).
3. 책임성이 명확하다.
4. 가장 차별당하고 소외되거나 배제되는 사람들이 우선된다.[12]

인권기반 접근법의 핵심 요소는 모든 개인(권리자)이 요구할 수 있는 돌봄이 권리가 되

12) British Institute of Human Rights(2008) Changing Lives, Second Edition. https://www.bihr.org.uk/changing-lives

게 하고, 관할구역 내에서 모든 개인의 인권을 보호하고 증진시켜야 할 법적 의무의 이행 책임이 있는 정부와 요양제공자(의무이행자)를 포함한 정부 및 정부 대리인에게 책임을 지우는 것이다.

인권기반 접근법은 PANEL 원칙으로 알려진 다음의 다섯가지 주요 인권 원칙으로 뒷받침된다.[13]

- 참여(Participation): 요양 중인 노인은 자신들이 받는 돌봄과 지원에 관련된 모든 의사결정에 참여해야 한다.
- 권리자에 대한 의무이행자의 책임성과 투명성(Accountability and Transparency of duty-bearers to rights-holders): 장기요양 서비스의 제공, 위탁, 정책 입안에 관련된 이들은 인권에 대한 책임성과 투명성의 기준을 가능한 높게 설정하는 동시에 침해가 발생했을 때 효과적인 구제책을 제공할 책임이 있다.
- 차별금지(Non-discrimination)와 평등: 노인 역시 성별, 민족, 종교 및 기타 다른 이유로 각기 다른 정체성을 가진다. 돌봄 및 지원 서비스를 받을 때 이들의 정체성은 존중되어야 한다.
- 권리자에게 권한부여(Empowerment of rights holders): 돌봄 서비스를 받는 모든 노인은 자신의 권리를 이해하고 권리를 어떻게 요구해야 하는지 인지하고 있어야 한다. 이를 위해서는 적절한 옹호 서비스를 제공하거나 기타 의사소통 지원이 필요할 수 있다.
- 적법성(Legality): 공공기관과 요양제공자는 실천과 절차가 인권법에 기반한다는 사

13) Scottish Human Rights Commission, 2012, Care About Rights? Human Rights and the Care of Older People Information Pack, http://www.scottishhumanrights.com/careaboutrights. The rights underpinning a human-rights based approach were also adopted as the values of ENNHRI as a network: Respect of International Human Rights Standards; Transparency; Cooperation; Accountability; Participation; Non-discrimination; and Independence.

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

실을 분명히 하고 어느 누구의 인권도 침해해서는 안 된다.

인권기반 접근법은 특정 사안에 대해 본질적으로 다섯 개 가치를 모두 대입한다. 이들 원칙은 의사결정을 하는 것이 아니라 판단의 기본 정보로 사용된다. 모든 원칙은 각 결정의 판단 근거로 사용되지만 특정 결론에 도달하는데 있어 각 원칙에 주어진 가중치는 고려중인 사안에 따라 달라진다.

본질적으로 정책 결정과 장기요양 서비스 이행 시 인권법과 원칙을 중심에 두기 위해서는, 취약한 개인과 집단에 각별한 관심을 기울이면서, 모든 인권을 가장 잘 실천할 수 있는 방법을 이해할 수 있도록 직원과 거주자가 인권과 리더십에 대한 지식으로 역량이 강화되어야 한다.

나. 의사결정에서의 인권기반 접근

인권의 상당수는 조건부 권리(qualified rights)다. 국가 행위자가 특정한 상황과 제약조건 안에서 노인들의 이러한 권리를 제한하는 것이 허용된다는 뜻이다. 조건부 권리는 다음과 같다.

- 사생활과 가족생활, 가정과 통신에 대한 권리
- 사상과 양심, 종교의 자유가 보장될 권리
- 표현의 자유에 관한 권리
- 신체의 자유와 안전에 관한 권리
- 집회와 단체 결사의 자유에 관한 권리
- 사유재산의 보호에 관한 권리

스코틀랜드 인권위원회(Scottish Human Rights Commission)는 요양보호사가 개별 돌

봄 대상자의 권리를 제한할지 여부(와 방법)에 관한 결정에 직면할 때 요양보호사가 고려해야 할 행동에 도움을 주기 위해 FAIR 접근법을 개발했다. FAIR 접근법은 개인의 생활과 돌봄에 관하여 직원이 내려야하는 모든 결정의 목표가 개인의 존엄성을 존중하는 것이라는 점을 확인하고자 한다. FAIR 접근법의 기본 단계는 다음과 같다.

사실관계(Facts)를 고려한다: 해당 개인의 경험은 무엇이고 이해해야 할 중요한 사실은 무엇인가?

- 권리를 분석한다(Analyze): 해당되는 인권에 대한 분석을 진행한다
- 책임을 파악한다(Identify): 해야 할 일은 무엇이고 누가 해야 할지를 파악한다
- 조치를 검토한다(Review): 조치를 위해 권고하고 추후 조치 결과로 무엇이 발생했는지를 상기하고 평가한다

어려운 결정을 내려야 할 때, 직원들은 의사결정의 결과가 개인의 권리에 어떤 영향을 미치는지에 대해 생각하면 도움이 된다. 요양제공자는 반드시 자신들의 계획된 행동이 합법적이고 합당하며 비례적이어야 해야 한다.

- **적법성:** 개인의 권리를 제한할 법적 근거가 있었는가?
- **합법성:** 공중 보건 보호나 타인의 인권 보호 등과 같이 권리 제한을 위한 적법한 목적 또는 타당성이 있었는가?
- **비례성:** 행위는 비례적인가? - 최소한의 필요한 만큼만 권리를 제한했는가?

조건부 권리에 영향을 미치는 결정을 고려할 때 적법한 목적을 달성하기 위해서는 필요한 만큼만 최소한으로 권리를 제한하는 것이 중요하다.

인권기반 접근법을 이용한 의사결정: 사례 1

78세의 메리는 알츠하이머병을 앓고 있고 걸을 때 균형을 잡기 위해 지팡이를 사용한다. 메리는

국가인권위원회
humanrights.go.kr

요양원에 입소하게 되었고 그녀의 가족은 직원들에게 메리가 넘어지지 않게 각별히 주의를 기울여 줄 것을 요청하였다. 어느 날 창가에 앉아 있던 메리는 정원으로 나가고 싶어 조바심을 냈다. 요양보호사는 일이 바빠 메리와 동행할 수 없기에 어쩔 수 없이 나가지 못하게 한다. 메리의 동요는 더 심해진다.

이후에 열린 돌봄 팀회의에서 논의가 진행된다.

어떤 권리가 문제가 되는가? 사생활과 가족생활에 대한 권리, 신체적 자유와 안전에 대한 권리, 이동의 자유에 대한 권리

이런 권리는 법적으로 제한될 수 있는가? 메리 본인과 타인의 안전을 위해서 이들 권리를 제한하는 것은 법적으로 타당하다.

타당한 이유는 무엇인가? 이 사례에서 타당한 이유는 메리 본인의 안전을 위하여 권리를 제한한 것이다.

메리를 밖에 나가지 못하게 한 조치는 비례적으로 적정한가? 하지만 메리를 나가지 못하게 한 조치는 지나친 제한으로 생각될 수 있고, 문제를 해결하기 위해 메리의 권리를 덜 제약하는 다른 방법이 가능하다. 예를 들어, 메리가 다른 동행과 함께 밖으로 나갈 수도 있고, 불가능할 경우 식물을 실내에 들여놓을 수도 있다.

출처: 스코틀랜드 인권위원회: 권리에 관심을
http://www.scottishhumanrights.com/health-social-care/care-about-rights/

인권기반 접근법을 이용한 의사결정: 사례 2

올리브와 조는 1940년에 결혼하였다. 부부는 금슬이 매우 좋았고 좀처럼 다투는 일이 없었다. 하지만 조가 70세에 알츠하이머병이 발병했다. 조의 증상이 심해지면서 더 이상 감당하기 힘들어진 올리브는 조를 요양병원에 입원시켜야 했다. 병원에 입원한 조는 매우 불안해하고 괴로워했다. 조는 끊임없이 복도를 서성이고 문을 쾅쾅 두드리면서 내보내 달라고 요구했다. '조를 진정시키기 위해' 약물을 투약하였고 그는 현재 대부분의 시간을 의자에 앉아 졸면서 보내지만 이따금씩 마음의 동요가 일면 의자에서 자꾸 일어나려고 한다. 간호부장은 올리브에게 조의 이런 행동은 매우 위험하며 넘어지기라도 하면 심각한 부상을 입을 수도 있다고 설명하였다. 이에 올리브는 조의 낙상을 방지하기 위해 직원들의 무릎 벨트 사용을 허락한다는 동의 각서에 서명하였다. 조의 안전을 위한 최선의 방법이라고 여겨졌다. '좀비처럼' 앉아있는 조를 볼때마다 올리브의 마음은 찢어진다.

대안: 인권기반 접근법

조가 요양원에 입소할 때 요양원은 조의 돌봄 계획에 많은 시간과 노력을 들였고 올리브의 조언을 참조하여 정기적으로 계획을 검토하였다. 조의 돌봄 계획에는 조가 산책을 상당히 좋아하며 산책이 불안감을 줄여준다는 내용이 구체적으로 적혀 있다. 요양시설 안에는 안전한 폐쇄형 정원이 있고 조는 혼자 나가 산책할 수 있다. 요양원 거주자들은 직원의 도움을 받아 식물을 심고 잡초를 제거할 수 있다. 거주자는 직원과 함께 정기적으로 동네 상점과 공원까지 걸어 가고 직원들은 조가

이런 외출에 빠지지 않고 참여하게 한다. 직원들은 조가 불안해할 때 조의 주의를 돌릴 다른 방법들도 연구했다. 조가 우체부였다는 정보가 있었기에 조가 우편물을 여러 더미로 분류하는 업무를 하도록 했고 조는 그 일을 좋아한다. 여전히 가끔씩 동요하는 일도 있지만 조는 훨씬 침착해지고 처음 들어왔을 때보다 만족스러운 생활을 하고 있다. 요양원은 제약과 관련한 모범실천표준에 따라 운영되며 무릎 벨트는 사용하지 않는다. 직원의 수도 적절해서 괴로워하거나 의자에서 일어나고 싶어하는 거주자가 있으면 직원이 알아챌 수 있다. 거주자의 행동을 통제하기 위해 약물을 사용하지 않는다.

출처: 아일랜드의 인권과 노인, 2013[14]

다. 장기요양 실무에서의 인권기반 접근

거주형 노인 요양시설은 많은 서양 국가에서 800년 넘게 존재해왔다. 요양시설은 원래 급성환자 치료시설을 모델로 만들어졌기 때문에 물리적인 배치와 돌봄 구성방식이 급성환자 치료 형식을 따르는 경향이 있다. 급성환자 치료 환경 및 이에 따른 요양시설은 간호 인력의 작업을 편리하게 할 수 있게 설계되었는데, 중앙에 주간 휴게실 하나와 무미건조한 긴 복도, 공동수면실 등과 같이 간호직원들이 거주자의 생활을 비교적 쉽게 감시할 수 있도록 고안된 시설들이다. 기존 요양시설의 삭막한 분위기는 돌봄 직원들의 직무훈련(이 역시 급성환자치료 모델을 토대로 하였다)과 더불어 거주자의 신체적, 심리적, 사회적 욕구를 충족하지 못한다는 것을 의미한다.

1970년대와 80년대 돌봄 전문가들은 전통적인 '진료' 모델을 거주자의 주관적인 필요를 충족하는 데 목적을 둔 모델로 교체하기 위해, 새롭고 좀 더 통합적인 돌봄 관리 모델을 개발하기 시작했다. 그로 인해 '사람중심' 돌봄 모델이 개발되었다. 이 모델은 사람은 여섯 가지 심리적 욕구(사랑, 애착, 편안함, 정체성, 점령, 통합)가 있다고 제시한다. 사람중심 접근법은 다음 방법들을 통해 여섯 가지 욕구 모두에 대응하고자 한다.

14) https://www.alzheimer.ie/Alzheimer/media/SiteMedia/ImageSlider/Fixed/ASI-HR OP-A4-Online-Report.pdf

1. 돌봄 서비스의 이용자와 그들을 돌보는 사람을 소중하게 생각하기

2. 사람들을 개별적인 인간으로서 대우하기

3. 돌봄 서비스 이용자의 관점에서 세상을 바라보기

4. 돌봄 서비스 이용자가 상대적 안녕을 경험할 수 있는 긍정적인 사회 환경 마련

따라서, 인간중심 접근법은 돌봄과 도움이 필요한 노인을 상대하는 요양제공자가 각 개인의 변화하는 요구를 적시에 유연하게 처리하고, 돌봄 서비스를 이용하는데 동등한 기회를 보장하는 동시에 노인들의 삶의 질 증진을 위하여 개인의 완전성을 전적으로 존중해야 한다고 강조한다.[15] 지난 10년에 걸쳐 개발된 한 미국 돌봄 모델에 대한 다음 설명은 장기요양 시설에서 실제 인간중심 접근법이 어떻게 이루어지고 있는지 잘 보여준다.

그린하우스 모델

그린하우스 프로젝트는 전통적인 거주형 요양시설을 대신할 대안 생활환경을 전문적으로 만드는 미국 비영리 단체다. 이 프로젝트는 2003년 노인병 전문의 윌리엄 H. 토마스(외과의)가 최초로 개발하였으며, 거주자들이 개인의 사생활과 삶에 대해 통제권을 더 많이 가질 수 있도록 맞춤형 노인 돌봄 서비스를 목표로 '처음부터' 재설계하였다. 이 단체는 거주자가 전통적인 요양시설에서 지낼 때보다 더 의미 있는 삶을 영위할 수 있는 요양시설의 설립을 목표로 하였다.

그린하우스 요양시설의 주요 특징은 다음과 같다.

- 기존 지역사회 안에 있는 소규모 시설(10~12인이 생활)로 요양시설은 주변 주택과 이웃과 조화를 이루도록 지어졌다.
- 요양시설은 사생활, 자율성, 지원, 향유, 집이라고 부를 수 있는 공간을 제공할 수 있도록 설계되었다.
- 실제 가정집처럼 개방형 주방과 큰 방이 있고 야외로 나가기 쉬운 구조로 되어있다.
- 거주자들의 일정은 엄격하지 않으며 직원 및 다른 거주자와 더불어 방문자(반려동물, 가족 등)와의 상호 교류가 독려된다. 거주자들의 개인 취향은 존중된다.
- 요양시설은 거주자에게 지속적인 성장과 개발을 위한 기회를 제공한다. 거주자를 의미 있는 삶을 영위할 만한 창의적이고 지력을 가진 온전한 사람으로 여긴다.

15) WeDo, 2012, European Quality Framework for Long-term Care Services, http://wedo.tttp.eu/system/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_EN_WEB.pdf

- 인간관계는 그린하우스 모델의 초석이다. 모든 직원과 거주자는 소규모 집단이라는 점과 가정적인 분위기 덕분에 서로 친분이 생긴다.
- 개별 직원에게 더 많은 자율권이 주는 수직적 조직 구조를 통해, 개별 요구와 권리에 따라 거주자를 돌본다.
- 그린하우스 프로젝트 요양시설에서 직원들은 각각 봉사자, 관리자, 현자, 임상지원팀 네 가지로 나뉘어 각자 역할을 한다. 봉사자는 다재다능한 일꾼으로 거주자의 개인 위생 관리, 식사 준비, 가사노동을 수행한다. 관리자는 봉사자의 감독자이자 요양시설의 운영을 책임진다. 현자는 지역 원로로 그린하우스 프로젝트 요양시설의 실무팀에게 자원봉사로 멘토와 자문역할을 한다. 임상지원팀은 간호사, 치료사, 서비스, 활동, 식이 전문가로 구성된다. 봉사자와 협업하여 각 거주자에게 개별화된 돌봄 서비스를 제공한다.
- 진정 처리 정책과 절차는 기존의 요양시설 체계와 유사하다. 먼저, 첫 단계로 불만을 유발한 당사자와 대화를 한다. 대화가 불가능할 경우 관리자의 중재를 요청하고 또는 거주자가 관할구역 내 정식 진정 절차를 활용하도록 지원한다.

연구조사에 따르면 전통적인 양로시설과 비교할 때 그린하우스 거주자의 삶의 질과 돌봄 수준이 높은 것으로 나타났다(셀프 케어 능력을 더 오랫동안 유지하고 우울증의 비율이 낮다). 직원들의 직업 만족도가 더 높고 이직율도 낮았다. 그린하우스의 직접 돌봄 시간이 전통적인 양로시설의 경우보다(일일 거주자 당 23~31분) 더 높고 직원들이 노인들의 외부 활동을 직접 보살피는 시간은 4배 이상에 달한다.[16] 연구에 따르면 그린하우스 요양시설의 자본 비용은 기존 요양원보다 높지만 직원들의 낮은 이직률과 위험 감소, 거주자의 더 나은 요양 결과를 통해 절약이 가능하다.[17]

그린하우스 요양원이 처음 2003년 개원한 이후 이 프로젝트는 26개주로 확산되었고, 현재 15개 주에서 86개의 그린하우스 요양원이 운영 중이며 추가로 11개 주에서 125개 요양원이 개발 및 공사 중에 있다.

출처: http://www.thegreenhouseproject.org/

상당수의 인권 전문가들과 요양 임상의가 사람중심 접근법이 권리기반 접근법을 구현한 것이라고 말하는데, 두 접근법 모두 인권의 보호와 증진이라는 공통의 철학에서 출발하기 때문이다. 이 둘의 핵심적 차이는 인권기반 접근법은 객관적인 법체계를 토대로 하기 때문에 여러 국가가 지키기로 합의를 명시한 구속력 있는 국제 인권조약을 반영한다는

16) Kane R, Cutler L, et al., 2007, Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program, Journal of the American Geriatric Society, 55(6):832-839; Kane R, Cutler L, et al. 2009, Effects of Green House® Nursing Homes on Residents' Families, Health Care Financing Review, 30(2):35-51; Sharkey S, Hudak S, and Horn S. 2009 Analysis of Staff Workflow in Traditional Nursing Homes & THE GREEN HOUSE® Project Sites.

17) Jenkens, R., Sult, T., Lessell, N., Hammer, D. and Ortigara, A., 2011, Financial Implications of THE GREEN HOUSE® Model, Seniors Housing and Care Journal, 19(1), 3-22.

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

것이다.

5. 인권기반 접근법의 논리적 근거

우리는 장수에 대한 급진적인 재해석이 필요하며 노인(과 그들의 요구)을 우리가 공통적으로 추구해야할 안녕의 중심에 두어야 한다.

빌 토마스, 그린하우스 모델 설립자

가. 법적 측면

유럽회의(Council of Europe, CoE)의 모든 회원국은 기타 구속력 있는 유엔 및 유럽회의 협약과 더불어 유럽인권협약을 비준하였고, 그로 인해 조약이 설명하는 모든 인권 기준을 준수할 의무가 있다. 이는 정부, 국가를 대신하는 요양제공자는 3-나절에 규정된 장기요양과 관련된 모든 권리를 보장해야 한다는 의미이다. 국제법에 규정된 인권 원칙에 관한 인권기반 접근법에 대한 강조는 장기요양 서비스를 고려하거나 받고 있는 노인에 대한 인권 의무를 요양제공자가 이행할 수 있도록 도와준다.

나. 실무적 측면

인권기반 접근법에 관한 연구에 따르면 조직 절차는 목표와 예상 결과에 대한 명료성이 커지면서 일관성과 효율성이 높아질 수 있다. 이는 곧 조직 문화의 향상으로 이어진다. 인권기반 접근법을 채택하면 이해관계자 관계 향상, 서비스 이용자 불만 발생의 위험 감소,

투명성과 책임성 확대, 조직 평판 향상을 통해 위험관리의 개선을 가져올 수 있다. 직원 인권의 보호는 생산성 증가로 이어진다. 근로자는 공정하고 존엄하게 대우하고 존중하면 생산성이 높아지고 받는 스트레스도 낮아져 결근율이 낮아진다. 궁극적으로 인권기반 접근법은 정신건강, 일반 보건의료, 형법, 장애 및 간병인 서비스, 주거, 응급 서비스에서의 서비스 이행기준을 향상시켰다.[18]

여러 연구에 따르면 장기요양 영역에서 인권기반 접근법은 장기요양과 관련된 비용을 어느 정도 절감하는데 도움이 되고, 임상 결과(삶의 질, 행동 및 치명적인 사고 경감, 욕창 감소)가 나아지는 동시에, 직원과 거주자의 관계를 돈독하게 하고 직원의 이직률과 결근을 줄이는데 일조한다.[19]

6. 장기요양시설에서의 인권기반 접근법 이행

나는 현장 요양보호사가 인권을 또다른 규제로서 부담으로 여기는 대신에 그 의미를 알게 되는 순간 매우 고무되는 것을 목격하였다. 인권기반 접근법은 돌봄 전문가들이 생각하는 자신들의 직업의 본질과 닿아 있다.

진 굴드, 법무담당관, Help the Aged UK

18) UK Audit Commission(2003), Human rights: improving public service delivery. https://www.justice.gov.uk/downloads/human-rights/acrep03.pdf ; Victorian Equal Opportunity and Human Rights Commission, (2008), From principle to practice: implementing the human rights-based approach in community organisations, http://www.humanrightscommission.vic.gov.au/index.php/our-resources-and-publications/toolkits/item/303-from-principle-to-practice-implementing-the-human-rights-based-approach-in-community-organisations-sept-2008.

19) Jenkens, R., Sult, T., Lessell, N., Hammer, D. and Ortigara, A., 2011, Financial Implications of THE GREEN HOUSE® Model, Seniors Housing and Care Journal, 19(1), 3-22.

가. 서문

돌봄 환경에서 인권기반 접근법 이행은 기획, 이행, 지속적인 모니터링과 개선이라는 세 가지 단계로 진행되며 정책과 실천이 인권을 준수하도록 하는데 주안점을 둔다. 유럽국가인권기구 네트워크 연구에 따르면, 요양시설은 노인의 존엄성에 대한 권리, 학대예방, 자율성에 대한 권리, 참여, 사생활, 도달 가능한 최고 수준의 건강과 사법 접근을 보장하는데 가장 큰 어려움을 겪고 있다. 하지만 다양한 우수 실천 사례 역시 찾아볼 수 있으며, 이는 종종 요양제공자를 위한 인권기반 접근법 직무훈련과 거주자의 공식 및 비공식 피드백을 통해 돌봄과 요양시설 운영에 영향을 주는 의사결정으로 이어졌다. 본 절에서는 유럽국가인권기구 네트워크의 시범 모니터링 작업에서 나타난 주요 인권 문제를 설명하고 인권기준을 준수하기 위해 요양제공자가 고려해야할 사항에 대한 지침을 제공한다. 부록은 장기요양과 관련하여 각 인권별로 요양제공자의 의무에 대한 세부 지침을 안내한다.

요양제공자를 위한 인권기반 접근법 시행 주요 5단계

기관의 이사회가 인권의 역할을 이해하고 인권기반 접근법 시행을 약속한다.

조직의 전략목표에 인권을 반영하고 단일평등인권계획을 개발해 인권을 조직 내에서 주류화 한다. 현 정책과 절차가 인권법을 준수하고 인권 문화 증진에 일조하기 위하여 인권 원칙을 반영하는지 검토한다.

책임이 명확하게 정해진 행동계획을 작성하고, 주기적으로 진전사항을 모니터한다.

맞춤형 직무훈련 프로그램과 지침을 개발하여 전 직원(모든 단계의 경영진 포함)이 참여하고 역량을 강화하며, 인권 원칙에 따라 의사결정을 내리고 실천할 수 있게 도와준다. 직원들에게 업무상 변경이 필요하거나 조직이 인권보호를 위해 할 수 있는 일들을 제안할 수 있게 권한을 부여한다.

서비스 이용자에게 견해와 경험을 표현하고 해결책을 제시할 기회를 줌으로써 서비스 개선에 참여할 권한을 부여한다. 이용자 인권과 어떤 대우를 받을 수 있는지에 대한 정보를 제공한다. 명확하고 효과적인 불만처리 절차를 마련하고 이에 대한 정보를 모든 이용자에게 전달한다.

출처: Age Concern UK, 2009, On the Right Track[20]

20) http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/research/on%20the%20right%20track%20

스코틀랜드 스테이트 병원의 인권기반 접근법 시행

스테이트 병원은 스코틀랜드의 보안이 엄격한 법의학 정신병원으로, 스테이트 병원의 인권기반 접근법 시행 사례는 인권기반 접근법으로의 전환에 있어 관련 절차를 이해하는데 도움이 된다. 스테이트 병원은 특정 서비스 이용자의 치료와 돌봄에 대한 정신복지위원회(Mental Welfare Commission)의 비평보고서(critical report)에 따라 돌봄 이행 모델을 변경해야 했다. 스코틀랜드 인권위원회의 이행 평가와 과정의 성과는 어떻게 장기요양 환경에서 인권기반 접근법을 적용할 수 있는 지를 보여주고 있다.

전반적으로 스테이트 병원의 이행 접근법은 세가지 단계를 거쳤다.

1. 기획

- 고위 관리직과 임상 및 비임상 직원으로 구성된 인권실무그룹을 설립.
- 스테이트 병원과 관련된 구체적인 인권 문제를 파악하기 위해 인권 전문가와 함께 인권실무그룹 교육 실시.
- 신호등 평가도구를 활용하여 모든 정책 및 실천 평가.
  ⅰ 적색 = 정책/실천이 인권에 위배.
  ⅱ 황색 = 정책/실천의 인권 위배 위험이 심각.
  ⅲ 녹색 = 정책/실천이 인권을 준수.
- 정책 평가 절차를 통해 정책 개발 및 교육적 요구 사항 파악.

정책과 실천 검토 이후에 가장 즉각적인 주의가 요구되는 문제는 폭력 사건 관리에 관한 정책과 실천이 인권법을 준수했는지 확인하는 것이다. 이 검토는 인권기반 접근법을 개발하기에 앞서 서비스 이용자 폭력을 처리하는 방식이 전체 맥락과 각 개인의 개별 상황을 올바르게 고려하는 절차가 아니라 '포괄정책' 절차를 통해 이루어진다는 점을 밝혀냈다. 포괄정책 방식은 효과적인 위험관리를 보장하고 다른 서비스 이용자와 직원, 기타 관련인의 인권을 보호하기 위해 채택되어왔지만 문제의 당사자를 충분히 고려하지 않은 방식이다.

2. 서비스 이행

인권기반 접근법 시행을 위해 여러 주요 조치가 마련되었다.

- 인권실무그룹과 외부 인권전문가에 의한 직원 직무교육 프로그램 및 미래 정책과 실천 평가를 위한 도구의 개발.
- 의사결정에 직원, 서비스 이용자, 돌봄자를 포함하는 포럼을 개설.
- 인권기반 접근법을 평등의무 이행에 반드시 적용할 수 있게 평등과 다양성 및 인권 그룹을 창설
- 직원을 위한 인권 모범사례 지침서 개발. 지침서는 인권 침해의 가능성이 있는 상황에 처했을 때 직원들이 따라야할 절차와 더불어 모든 병원 정책 및 실천을 수록해 인권 침해가 어디서 어떻게 발생하고 인권 침해를 예방할 수 있는 방안을 요약함.

(2008)_pro.pdf?dtrk=true

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

- 인권기반 접근법 이면에 있는 동기 탐구와, 인권 사안을 직원들의 실생활에 접목시키기 위한 현실적인 사례연구를 바탕으로 한 전직원을 위한 교육 및 인식제고 프로그램을 개발.
- 거주자가 정책 기획과 서비스 제공에 쉽게 참여할 수 있는 다양한 조치를 마련. 모든 임상 구역에 제안함 비치, 서비스 이용자 그룹 회의, 피드백 포스터, 시설 곳곳에 정보 포인트와 주간 뉴스레터 비치, 월간 병동 회의, 거주자의 요양관리에 대한 의견을 파악하기 위한 연간 설문, 각 서비스 이용자를 위한 핵심 전담직원제 개설. 정기 사례 검토 회의에 서비스 이용자 역시 참석하도록 초대되었다.
- 모두(직원, 서비스 이용자 및 돌봄자)를 위한 인권 헌장 개발: 병원 내 모든 집단의 인권에 관한 공식적이고 명시적인 선언문.

3. 검토와 지속적인 개선

스테이트 병원은 인권기반 접근법을 전면적으로 시행하고 나서 얼마나 성공적인지, 어떻게 인권기반 접근법을 지속적으로 개선할 수 있는지에 관한 검토 계획을 마련하였다.

- 인권실무단과 병원관리팀은 인권기준 준수 여부를 모니터링하였다.
- 이용자 불만처리제도를 만들어 직원들에게 불만처리 절차를 숙지하고 서비스 이용자가 자신의 불만제기 권리를 이해하기 위해서 도움이 필요할 수 있다는 점을 인지하도록 하였다.
- 이용자 불만처리: 서비스 이용자는 지역 및 국가적 불만처리체계를 반영한 작업 순서도를 교부받았다.
- 접수된 모든 불만은 기록 및 평가되었다.
- 모든 서비스 이용자는 불만 처리를 위해 옹호 서비스를 이용하고자 할 때 무료 전화번호를 사용하였다.
- 인권 보장을 위한 주기적 재교육이 병원 실천의 중심이 되도록 하였다.

4. 성공 요인

스테이트 병원의 성공에 결정적인 요인으로 보여지는 요소들은 다음과 같다.

- 이사회, 최고경영자, 고위관리직 등 고위직의 승인과 비전 .
- 서비스 이행에 있어 고위관리직의 확실한 운영 리더십.
- 인권기반 접근법 개발과 맞춤지원을 위해 인권 전문가가 초기 단계부터 참여.
- 조직의 직원과 이해당사자가 참여하는, 참여적인 진단 절차인 '인권 감사'가 돌봄 문화를 만드는데 일조한다.
- 적절한 시간과 자원의 투자.
- 인권 원칙과 일치하는 비례적 접근법을 사용해서 인권기반 접근 노력이 사안의 중요성을 반영토록 하였다.

- 서비스 이용자와 돌봄자뿐만 아니라 직원 모두에게 영향을 주는 권리에 집중하는 접근법.
- 인권기반 접근법은 모두의 권리와 개인의 권리와 타인의 권리 간 균형을 유지하는 방법, 더불어 권리 제한을 정당화하는 방법에 대한 이해를 촉진시켰다.

출처: 스코트랜드 인권위원회, 2009, 전게서

나. 인간의 존엄과 고문 및 학대의 금지

존엄은 "개인의 신체적, 성적, 심리적, 감정적, 재정적, 물질적 안녕의 존중과 보호, 그리고 방치와 학대로부터 보호" 를 나타낸다.[21] 존엄은 인권의 근간이다. 존엄이 그 자체로서 법적 구속력을 가진 인권 협약을 통해 거의 보호받지는 못할지라도 일부 협약(유럽인권조약 등)의 기본 원리이다. 더욱이 존엄은 광범위하고 교차적인 개념으로 다른 모든 인권과 밀접하게 연결된다.

존엄성에 대한 권리에 관한 연구결과는 6개국에서 큰 차이를 보였는데, 주로 직원 부족이나 각 개별 거주자의 존엄성을 보호하는 방법에 대한 직무훈련 미비로 인한 결과였다. 여기에 거주자의 사생활과 존엄성 보장에 충분한 주의를 기울이지 못한 것도 한몫 했다. 예를 들어 문을 활짝 열어놓거나 커튼이나 스크린을 치지 않고 개인 돌봄 업무를 처리하는 행위, 탈의 상태에서 거주자를 이동시키기, 부적절한 의복 입히기, 여러 거주자를 동시에 목욕시키기, 적절하지 못한 온도나 양, 품질의 음식을 제공하는 행위, 그리고 출입금지 구역에 있게 하거나 비인간적인 운송수단을 제공하는 등 거주자를 부적절한 물리적 환경에 처하게 하는 행위 등이 있다. 거주자의 존엄권을 모든 일상적 업무의 중심에 두는 등 요양제공자가 노력해서 평판이 좋은 시설의 경우에도, 경미하지만 문제소지가 있는 실천을 문제삼지 않으면 그대로 통용되기 시작하고 결국 더욱 심각한 다른 문제가 만들어지는

21) http://www.age-latform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_EN_v4.pdf

"안좋은 상황"이 된다고 관리자들은 지적하였다.

존엄성에 대한 전반적인 존중 부족은 종사자나 관리자들이 노인을 존엄성과 사생활이 존중되는 개인으로서 생각하지 않기 때문이고, 어쩌면 더 넓게는 존엄성과 인권에 중심을 두지 않는 문화적 태도를 보여주는 것이다. 또한 노인대비 낮은 직원 비율은 종사자들이 각 거주자의 존엄성 보장에 전념할 수 없게 느끼게 했을 것이다.

동시에 요양제공자들을 모니터링한 결과 우수 실천의 증거를 많이 찾을 수 있었다. 예를 들어, 일부 요양시설에 비밀유지 정책의 수립과 이행, 존엄을 직원 교육과 일상 업무에서 핵심 항목으로 만들고, 거주자의 특별한 요구를 충족시킨 일 등이 있다.

존엄성에 중심을 둔 요양보호사 직무훈련

독일에서는, 대부분의 거주형 요양시설은 독일 간호사와 노인학자 모니카 크로윈켈(뮐러 2015; 크로윈켈 2013)이 개발한 소위 '지원적이고 절차적인 돌봄'을 기반으로 업무를 구성한다. 이 방식의 기본 원리는 개인의 존엄성을 존중하고 개개인의 욕구에 대한 이해와 거주자의 자기결정권을 보장하게 함으로써 달성된다. 인터뷰에 응한 관리자와 요양보호사는 존엄에 대한 충분한 이해를 보여주었으며, 이들은 존엄을 거주자의 자율성과 자기 삶에 대한 통제권을 부여해주는 의무라고 이해하였다.

인터뷰 응답 중 장기요양시설에서 거주자의 존엄과 인권을 옹호한 사례는 아무런 제약이 없는 이동의 자유의 향유(모든 요양시설), 주간 활동에 있어 선택의 자유(모든 요양시설), 파자마를 입고 아침식사(요양시설1), 반려동물 기르기, 흡연, 자기 전에 와인 한 잔(요양시설3) 등 매우 구체적인 활동이 포함된다.

출처: 독일인권연구소, 국가보고서: 장기요양 상태의 노인인권

존엄성에 대한 권리 보호: 참고자료

- AGE Platform Europe, Dignity and Well-Being of Older Persons in Need of Care(요양보호가 필요한 노인의 존엄과 안녕), http://publications.age-platform.eu/opcare-toolkit/
- Department of Health, UK(영국 보건부), With Respect: Dignity in Homecare Training Programme(존중: 자택 요양 훈련 프로그램에서의 존엄), https://www.ukhca.co.uk/

pdfs/DHTP3TutorsGuide.pdf

- EUSTACEA(European Strategy to combat Elder Abuse against Older Women, 노인 여성 학대 근절을 위한 유럽 전략), 2010, European Charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance(장기요양 지원이 필요한 노인의 권리와 책임에 대한 유럽헌장), http://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_EN_v4.pdf
- First Steps for Care Assistants(돌봄 보조인을 위한 첫걸음), Preserving People's Dignity(인간 존엄성 보호), http://rcnhca.org.uk/equality-diversity-and-rights/preserving-peoples-dignity/
- IsQua(International Society for Quality in Health Care, 국제의료질관리학회), Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards(보건과 사회복지 기준을 위한 지침과 원칙), http://www.isqua.org/accreditation-iap/reference-materials
- Social Care Institute for Excellence, Dignity in Care(돌봄 속의 존엄), http://www.scie.org.uk/publications/guides/guide15/index.asp

다. 안전 대 신체의 자유와 자율성

부분적으로는 인권 기관들 간 자율권에 대한 해석이 명확하지 않아서, 6개국의 요양시설은 거주자의 선택권 및 자율권과 안전보장 사이에 균형을 맞추는데 어려움을 겪었다.[22] 일례로 거주자는 자신들의 요양보호 계획 또는 일상 생활에 관한 의견을 내거나, 침실이나 사적 공간을 꾸밀 기회가 거의 없는 경우가 많았고, 요양시설에서의 생활 방식에 대한 정보가 부족했다. 게다가 많은 거주자가 직원의 구속을 받는 경우가 있었는데 직원들이 다른 업무를 하는 중에 선의지만 고의적으로 거주자의 안전을 보호한다는 명목으로 행동을 저지하거나, 무의식적으로 거주자가 행동의 제약을 받는 상태라고 인지하지 못한 경우였다(예를 들어, 거주자를 낮은 안락의자에 앉히고 도움 없이는 혼자서 움직일 수 없는 상태에 두었다).

22) 제5조에 관한 유럽인권재판소의 지침에서 유럽인권재판소는 협약이 개인이 공공 안전에 위험이 되고/되거나 구금이 그들 자신의 이익에 부합하는 경우에 개인에게 신체 자유의 박탈을 허용한다고 말한다. 반대로 유엔의 장애인의 권리에 관한 협약은 "의사결정의 자유를 포함한 개인의 자율권" 원칙을 토대로 하고, 따라서 장애인이 표현의 자유를 향유할 권리를 행사할 수 있도록 당사국은 적절한 조치를 취해야 할 의무를 아우른다(제21조).

일부 국가의 요양시설들은 이런 갈등을 관리하기 위하여 자기결정권의 균형을 맞추는 동시에 거주자의 안전을 보장하는 기술적인 방법을 동원하였다. 알람 매트, 알람 팔찌, 의료용 보행기, 보호 바지 및 기타 장치와 같은 기술 지원은 거주자의 행동을 제지하지 않기 위해 사용되었다.

각 거주자의 자율성을 극대화할 수 있었던 요양시설은 개인 자율성을 유지하고 지원하는데 중점을 둔 시설이었으며, 고령으로 인해 거주자의 신체 능력이 떨어진 경우에도 마찬가지였다. 즉, 재활과 함께 거주자가 일상생활과 요양시설 운영에 참여하게 하는데 주안점을 두었으며 여기에는 감자껍질 벗기기, 여력이 되는 한 본인 침대는 직접 정리하기 등의 일상 활동이 포함된다. 또한 직원 수가 허락된다면, 많은 요양시설들 유동적인 하루 일정을 마련해 거주자들이 요양시설에 들어오기 전에 해왔던 일상에 따라 생활할 수 있도록 하였다.

비록 국가적, 지역적 규제와 지침이 거주자의 개별 욕구에 대응하는 데 있어서 요양시설이 선호하는 방식과 충돌할 수 있는데, 여러 요양시설에서는 규칙을 준수하면서도 거주자가 원하는 바를 들어줄 수 있는 창의적인 접근방식을 찾기도 했다. 예를 들어, 독일의 한 요양시설에서는 거주자들이 단순한 소일거리(빙고나 영화감상 등)를 하기보다는 요양시설에 실질적인 영향을 주는 활동을 하는 것을 선호하였다. 하지만 식품안전에 관한 엄격한 규정으로 인해 직원들은 거주자가 요리 보조로 참여하는 것을 허락하기는 힘들었다. 하지만 해당 요양시설은 충분히 준비해서 거주자들이 직접 간단한 요리를 할 수 있게 함으로써 이 난관을 (합법적으로) 극복하였다.

거주자의 자율권 증진

벨기에에서는, 많은 요양시설이 거주자의 인생사를 고려하여 각 거주자의 자율권을 극대화하는

방법을 찾았다(위의 내용 참조). 이는 각 개인의 개인돌봄계획(Personal Care Plan)의 토대로 사용되었다. 활동, 식사 및 개인 선호도를 계획하는 데 도움을 주었고, 선호하는 옷차림 등에 주목한다.

6주 후에 계획을 검토하고 필요한 조정사항 등을 반영한다. 다음으로 모든 거주자를 위한 개인돌봄계획을 통해 요양시설의 일일 일정을 검토하고 가능한 경우 활동을 변경하였다. 많은 요양보호사가 이러한 방식이 요양보호 서비스 이용자를 사람으로 보고 그들의 행동을 이해하고 서비스를 제공하는 방법을 바꾸는데 도움이 되었다고 평가했다.

거주자는 더 나아가 거주자 위원회를 통해 요양시설 관리에 더 많이 기여할 수 있는 데 위원회는 돌볼 시설의 전반적인 기능에 대해 권고할 수 있다.

거주자는 먹고 싶은 음식을 선택할 수 있는데 일주일 전에 세 가지 메뉴가 전달된다. 대부분 정해진 식사시간이 있지만 그 시간에 먹고 싶지 않으면 그 의사가 수용된다. 그 사람의 식사는 데우거나 그 전이나 이후에 차려진다.

출처: Unia, 노인인권과 장기요양: 벨기에 요양보호시설 생활 노인의 인권 현황에 관한 모니터링 보고서

자기결정권 보호: 참고자료

- ADASS(Association of Directors of Adult Social Services), Safeguarding Adults: National Framework, https://www.adass.org.uk/adassmedia/stories/publications/guidance/safegu arding.pdf
- Frontline Care Solutions, Maintaining Documentation in an Aged Care Environment – It Doesn't Need to be Hard, http://www.frontlinecaresolutions.com/_blog/Frontline_Blog/post/maintaining-quality-documentation-in-an-aged-care-environment-does-not-need-to-be- hard/
- Mersey Care, Human Rights Joint Risk Assessment and Management Plan, http://www.humanrightsinhealthcare.nhs.uk/Library/a-z/human_rights_joint_risk_assessment_plan.pdf
- NHS Lanarkshire, Sample Nursing Home Safeguarding Policy with Care Act, www3.lancashire.gov.uk/corporate/web/viewdoc.asp?id=125808
- NHS Derbyshire, Writing Good Care Plans, A Good Practice Guide, www.corecarestandards.co.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?alId=3487
- Aged Care in Australia, Sample Care Plan, https://swsi.moodle.tafensw.edu.au/pluginfile.php/451321/mod_resource/co ntent/2/Individualised퍼센트20Plan.pdf
- Alzheimer Scotland, Charter of Rights for People with Dementia and their Carers in Scotland., http://www.alzscot.org/assets/0000/2678/Charter_of_Rights.pdf

· SCIE, Total Transformation of Care and Support, http://www.scie.org.uk/future-of-care/total-transformation/vision

라. 참여

참여할 권리는 요양제공자로 하여금 거주자들이 여가활동과 행사에 참여하게 하거나 도와주어야 할 의무와 함께, 모든 거주자가 자신들의 일상생활과 돌봄 서비스에 영향을 주는 의사결정에 참여하게 할 의무를 부여한다. 6개국의 요양시설은 일반적으로 광범위한 활동을 거주자에게 제공하려 했지만 일부에서는 주로 근무시간에만 할 수 있는 보다 제한된 범위의 활동을 제공했다. 많은 요양시설이 자원봉사자를 활용해 거주자들을 상대하고 활동을 제공하고 도움을 주었다.

가치를 인정받는 느낌: 거주형 요양보호에서의 일상적인 참여

일부 유럽 국가의 요양시설 거주자들은 가장 고령층에 속해 육체적 장애, 의사소통 문제 및/또는 치매와 인지장애를 가지고 있는 반면, 크로아티아의 거주자는 대부분 비교적 젊거나 육체적으로 건강한 상태다. 이는 요양시설이 거주자들에게 요양시설 활동과 더 큰 지역사회 생활에 반드시 참여할 수 있게 해야 한다는 뜻이다.

입소하자마자 각 거주자의 개별 돌봄 계획이 설계될뿐만 아니라 거주자는 시설이 제공하는 활동에 대한 정보를 받는데, 해당 활동에 대해서는 또한 매주 안내가 된다.

대부분의 요양시설에서는 다양한 단체 활동과 생일파티와 더불어 거주자를 위해 합창, 춤, 보드게임 등과 같은 다른 공동 활동도 기획한다. 일부 요양원에서는 볼링이나 보체 코트와 같은 추가 시설을 갖추기도 한다. 연습이나 연극 등 기타 문화 행사를 요양시설 안에서 열기도 하는데 아마추어 공연단이나 취학아동들과 연계하는 경우가 많다. 일부 시설에서도 전체 거주자를 위한 음악공연과 춤, 드라마 그룹 및 기타 다양한 활동을 조직한다.

공공 교통수단과 멀리 떨어져 있는 일부 요양원에서는 거주자들에게 오전에 마을까지 가는 셔틀버스 서비스를 제공한다. 버스는 정해진 시간에 요양시설에서 출발하고 도착한다. 그 외 시간에는 알아서 마을로 이동한다.

거주자는 자유롭게 여행이 가능하고 며칠동안 가족을 방문할 수 있다. 하지만 이런 외출은 직원에게 사전에 고지해야 한다.

거주자는 모든 요양원에서 투표권을 행사할 수 있으며 보통은 시설 안에 투표소가 마련된다. 이런

절차가 가능하도록 모든 요양시설은 거주자의 주소를 변경 등록하도록 요구된다.

거주자에게도 요양시설 경영에 참여할 기회가 주어진다. 요양원 관리자와 직원, 거주자가 함께 정례 회의에 참석하고 거주자는 각 요양시설 운영위원회에서 대표위원이 될 수 있다.

출처: 크로아티아 옴부즈우먼 사무소, 노인인권과 장기요양: 크로아티아 거주형 요양시설에서의 노인인권 실태에 관한 모니터링 보고서

참여에 대한 권리 보호: 참고자료

- 알렉산더 포트 외, 요양원 거주자를 의미 있는 활동에 참여시키기: 사전 활동 선호도 조사 http://www.managedhealthcareconnect.com/article/engaging-nursing-home-residents-meaningful-activities
- 에덴 얼터너티브, 강력한 의사소통 기술: 참여 문화를 만드는 첫걸음, http://www.edenalt.org/strong-communication-skills- step-one-to-building-a-participatory-culture/
- 만스배치 W. E. (2014). 멤픽스(MemPics™): 사랑, 장소, 사건(초판) https://www.thebcat.com/mempics
- 치매환자와 의사소통: 토킹 맷츠와 치매(Talking Mats and Dementia), 요양제공자를 위한 훈련 프로그램, http://www.talkingmats.com/wp-content/uploads/2013/09/JRF-dementia-training-final-report.pdf

마. 사생활

사생활과 가족생활의 존중에 대한 권리는 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약(제17조), 장애인의 권리에 관한 협약(제22조), 유럽인권조약(제8조)에 명시되어 있다. 사생활에 대한 권리는 유럽인권재판소의 보다 포괄적인 해석에 따라 개인의 존엄과 자율권의 존중에 대한 권리와 사회적 관계의 존중에 대한 권리를 포함하였다.

6개국의 요양시설은 다인실에서 생활하는 거주자의 비율이 높다. 개인실(과 화장실)의 부족은 거주자의 사생활에 대한 권리를 저해하였다. 거주자에 대한 개인 돌봄 업무를 수행할 때 품위를 해치는 한편 자기 침실을 원하는 대로 꾸밀 수도 없고(본인 가구를 들여오는

등), 개인 소지품의 철저한 보호가 힘들 뿐 아니라 방문자가 와도 조용히 이야기할 만한 공간을 제공하거나 직원들에게 사생활 존중 문화에 대한 정보를 전달할 수 없었다. 헝가리와 크로아티아의 일부 요양시설에서는 국내 규정에서 허용된 인원보다 더 많은 거주자가 다인실을 사용했다. 하지만 아래 표에서 설명되어 있듯이 모처에 있는 한 요양원에서는 거주자의 사생활 권리를 보호하기 위해 혁신적이고 창의적인 방식으로 제한된 공간을 이용했다.

사생활 보호에 투자: 유럽연합 구조투자기금을 리투니아에 투입

2000년 리투니아의 한 요양시설은 유럽연합 구조투자기금의 도움으로 스위스와 노르웨이 요양시설의 디자인을 토대로 리노베이션을 단행하였다.[23] 새로운 디자인 덕분에 거주자들이 초인종이 달린 개인실을 갖게 되었다. 또한 개인실에서 건강검진을 시행하고 각 거주자는 방해받지 않고 방문객을 받을 수 있었다.

공간이 더 협소하고 다인실을 사용하는 다른 요양시설에서는 요양 직원들이 씻기거나 옷을 갈아입힐 때 스크린을 사용해 개인의 사생활을 보호한다. 임종기의 거주자들은 사생활과 존엄을 지켜주는 동시에 다른 거주자의 사생활과 존엄 역시 보호하기 위해 가능하면 일인실로 옮겨진다.

출처: 세이마스 옴부즈맨 사무소: 크로아티아 거주형 요양시설에서의 노인인권 실태에 관한 보고서

사생활 보호: 참고자료

- 노인 권익옹호 센터(Advocacy Centre for the Elderly), 장기요양에서의 사생활 보호 문제, http://www.advocacycentreelderly.org/appimages/file/ACE_Summer_Newsl etter_Vol10_No1.pdf
- SCIE, 돌봄 속의 존엄: 사생활 보호, http://www.scie.org.uk/socialcaretv/video- player.asp?v=privacy
- 표본 사생활 보호 정책 템플릿: http://www.ngh.on.ca/privacy-policy.html
- 요양제공자 자격 증명, 모듈7: 사생활 보호와 존엄 http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Standards/Care-Certificate/Standard퍼센트207퍼센트20CC퍼센트20Workbook.pdf

23) 유럽연합의 유엔장애인권리협약 비준은 장애인이 지역사회에서 돌봄을 받을 수 있도록 허용할 의무를 갖게 되므로 새로운 기관을 짓지 않아도 된다는 뜻이기 때문에 중요하다. 이로 인해 리투아니아 정부는 노인을 위한 시설 및 지역사회 기반 서비스를 개발하기 위한 정책을 수립했다.

바. 도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리

국제 인권 체제는 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 누릴 권리를 허용한다. 이를 위해서는 보건시설, 재화와 용역에 대해 활용과 접근이 가능하고, 비용을 감당할 수 있고 수용가능한 수준이어야 하며, 노인을 위해 아무런 차별없이 양질의 품질을 유지해야 한다. 가능한 최고 수준의 보건의료 서비스로의 접근은 6개국 모든 요양시설에서 어려운 과제로 판명되었다. 요양시설의 직원 부족은 개인 돌봄 업무를 실시하는데 영향을 미친다. 이는 차례로 전반적인 위생과 건강에 영향을 준다. 더욱이 일부 국가에서는 의료 및 보건 전문가 역시 공급이 부족할 수 있어 요양시설의 역량에도 악영향을 준다. 직원 채용 비율과 보건의료 전문가의 공급은 정부 정책과 재정에 달려 있기 때문에, 요양제공자는 거주자의 도달 가능한 최고 수준의 건강과 관련한 의무를 충족하기 위한 능력의 범위가 제한적인 경우가 흔하다. 아래 설명된 바와 같이, 루마니아의 일부 요양시설은 직면한 제약조건 안에서 가능한 것을 하기 위한 노력으로 전략을 개발하였다.

제한된 자원으로 도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리의 보호: 루마니아

루마니아 법률에 의하면, 건강 보호에 대한 권리가 보장되며 개인은 사회가 인적, 재정적, 물질적 자원에 따라 제공할 수 있는 최고 수준의 건강을 받을 권리가 있다. 요양시설 생활노인은 의료 서비스와 치료를 이용할 수 있어야 하고 등록된 일반 주치의가 있거나 요양시설의 지시에 따라 찾아갈 수 있는 일반의가 있어야 한다. 루마니아 요양 시설에서 자격을 갖춘 직원의 수가 비교적 적은 것을 고려하면, 일반의를 잘 활용하는 것이 특히 중요하다.

하지만 루마니아의 경우, 특히 시골지역에서 의사와 의료 전문가의 수가 부족하다. 그 결과 조사 대상이었던 수많은 요양시설은 거주자가 도달 가능한 최고 수준의 건강에 이르기 위해 필요한 의료 서비스를 받게 하는데 어려움이 있었다.

일부 요양시설에서는 거주자에 대한 의무를 다하기 위해 다른 방식을 시도하였다. 시골 지역의 5개 요양원 중 두 곳에서는 지역 의사들과 반일 근무 계약을 체결해 의사가 오전이나 오후에 요양시설에서 매일 진료하도록 했다. 다른 요양원에서는 필요한 경우 일반의나 노인병 전문의에게 연락했다. 상황에 따라 요양시설이나 요양시설장의 차로 의사를 찾아갔다. 이미 업무가 많고 요양시설과 거리가 있는 곳에 있는 의사와는 전화로 진료를 받을 수 있게 협력하였다. 덕분에 의사는 환

자의 변화를 계속 파악하고 있어서 필요할 때 의학적 소견을 전달할 수 있었다.

일반적으로 요양시설은 물리치료사나 다른 치료사의 활용이 어려운 상황에서도 의학적 상태의 악화를 방지하고 가능한 경우 재활에 집중하고자 노력했다. 또한 요양시설에서는 거주자가 의사를 선택하고 치료를 거부할 수 있게 한다고 말했다.

리투아니아에서와 마찬가지로 루마니아의 일부 요양시설은 유럽연합 구조 투자기금(유럽지역개발기금)의 수혜자로 기초 의료기기(컴퓨터, 혈압 측정 모니터, 청진기, 혈당측정기)를 구입하고 재활수술을 진행하였다.

출처: 루마니아 인권연구소, 노인인권과 장기요양: 루마니아 거주형 요양시설에서의 노인인권 실태에 관한 모니터링 보고서

도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리 보호: 참고자료

- NHS, 2010, 돌봄의 본질, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/fi le/216691/dh_119978.pdf
- http://www.berliner-projekt.de/(독일어) http://www.sima-akademie.de/(독일어)

사. 사법 접근

사법 접근과 효과적인 구제책에 대한 권리는 광의로 법에 따라 공정한 대우를 받을 권리를 가리키며, 국가는 개인의 권리가 침해당했을 때 당사자에게 구체책과 배상과 더불어 동등한 법적 보호를 제공할 의무가 있다. 여섯 개 모니터링 팀은 모두 많은 노인들이 보복의 두려움을 비롯한 여러 이유로 불만을 제기하기 어려운 상황을 고려할 때, 사법 접근이 요양시설에서 달성하기 가장 어려운 권리라고 꼽았다. 따라서 이들은 요양시설이 이런 문제점을 고려하여 정교한 불만처리체계를 마련할 필요가 있다고 제안했다. 헝가리에서는 거주자가 외부 변호인을 접견할 수 있는데, 외부 변호인은 요양시설을 방문해 돌봄 서비스의 품질과 구성을 평가하고 돌봄 서비스에 대한 거주자의 만족도를 확인하며 필요한 경우 거주자를 대신해 항의서나 질의서를 작성하였다.

독립 브로커: 헝가리의 외부 변호인 활용

헝가리에서 환자의 권리는 1997년으로 거슬러 올라가는데, 이때 환자의 자기결정권 및 관련 권리를 선포한 신 의료보건법이 통과된다. 이 법에 따라 직무훈련을 받은 환자 전문 변호인이 급성 병원에서 일을 시작했고 나중에는 비정부기구(NGO)를 통해 정신요양시설에도 배치되었다.

2000년 7월에 환자의 권리 옹호기관이 공식 발족되어 54인의 변호인이 ANTSZ(병역군의관)의 통제 아래 일을 시작하였다.

각 요양시설은 세 달에 한 번씩 환자 인권 대리인이 방문하여 환자들에게 권리에 대해 설명하고 시설생활을 하면서 생긴 불만이나 불안을 파악하였다. 이들은 필요한 경우 환자들이 공식 진정서를 작성하고 진정서와 해결책을 공식 기록으로 남기도록 도와준다. 수집된 자료는 추후 특정 요양시설 내 발생한 학대에 대한 추가 조사의 필요성 여부를 결정하는데 사용된다.

또한 기본권위원회 사무소(Office of the Commissioner for Fundamental Rights)에서도 진정서를 접수하고 거주형 노인요양시설을 감시할 권한을 가진다.

기본권위원회 사무소에 의해 모니터링되는 요양시설 내에는, 요양시설 관리자와 거주자 간 회의, 익명 제안을 위한 진정함의 이용, 필요한 경우 거주자와 직원 간 중재자로 자원봉사자를 활용하는 등 다양한 방식이 진정 조사 및 접수를 위해 활용되었다.

출처: 기본권위원회 헝가리 사무소, 노인요양시설 운영에 관한 기본권위원회(현장) 조사에 대한 연구 요약서

사법 접근에 대한 권리 보호: 참고자료

- 에이지 플랫폼 유럽(Age Platform Europe), 노인인권에 대한 자기변호 편람, http://www.age-platform.eu/publications/older-persons- self-advocacy-handbook-human-rights
- 에이지 UK, 노인과 인권: 노인과 일하는 전문가를 위한 참고 지침, http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/equality- and-human-rights/older_people_human_rights expert_series_pro.pdf?dtrk=true
- 미국 심리학회(American Psychological Association), 노인학대와 방치: 해결책을 찾아서, http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/elder-abuse.pdf
- 영국 인권연구소(British Institute of Human Rights), 당신의 권리: 노인을 위한 지침, https://www.bihr.org.uk/olderpeopleguide

아. 인권 우려에 대한 원인과 해결 방안

유럽국가인권기구 네트워크가 수행한 모니터링 작업 결과에 따르면 상술한 인권 문제

가 발생하는 주요 원인은 다음과 같았다.

- 요양시설에 대한 제한된 재정지원
- 요양 관리자와 직원의 노인인권에 대한 이해 부족
- 요양보호사의 열악한 환경

요양시설에 배정된 재원이 종종 요양시설의 통제 밖에 있는 경우일지라도(법에 명시된 기부금에 의존하기 때문에), 모니터링 결과는 창의적 사고를 통해 인권에 기반한 장기요양 서비스가 보장될 수 있음을 보여주었다. 이와 같이 요양 종사자를 위한 인권훈련은 요양제공자의 요양 종사자에 대한 자신들의 인권 의무를 다하는데 필수적인 과정이다.

스코틀랜드 인권위원회는 요양보호사를 위한 훈련 프로그램을 개발했고, 온라인에서 활용할 수 있어 요양보호사가 인권 중심으로 사고할 수 있도록 도와준다.[24] 보건의료 종사자를 위한 기타 출판물 역시 이용이 가능하다.[25]

7. 요약과 결론

당신 자신을 위해 요구하는 모든 권리를 모든 사람들에게 부여하라.

로버트 G. 잉거솔, 미국 변호사 겸 정치가

인권은 사람이 존엄하게 사는데 필요한 최소 기준을 반영한다. 본질적으로 인권법은

24) http://careaboutrights.scottishhumanrights.com/
25) http://www.osce.org/odihr/105053?download=true, http://www.humanrightsinhealthcare.nhs.uk/Library/good_practice/WHO%20Toolkit.pdf

모든 개인이 자신의 삶에 영향을 주는 모든 결정에 선택과 참여할 권리를 보장하는 데 중점을 둔다. 국가와, 노인 장기요양 서비스를 제공하는 거주형 요양시설을 포함하여 국가를 대신하여 서비스를 제공하는 기관은 인권을 보호하고 증진할 의무가 있다.

인권기반 접근법은 요양제공자가 국내 및 국제 인권법에 따라 의무를 다하게 해주는 유용하고 효과적인 방법이다. 이는 직원과 서비스 이용자 모두에게 혜택을 주며 보건 관련 결과 향상과 직원 이직률 및 치명적 사고발생율 감소를 통해 잠재적으로 자원을 절감할 수 있다.

인권기반 접근법은 다섯 가지 핵심가치를 포함하며, 특정 사안에 영향을 미치게 되는 참여, 책임과 투명성, 차별금지와 평등, 권리자의 권한과 적법성이 해당한다. 본질적으로 정책 결정과 장기요양 서비스 이행 시 인권법과 원칙을 중심에 두기 위해서는, 취약한 개인과 집단에 각별한 관심을 기울이면서, 모든 인권을 가장 잘 실천할 수 있는 방법을 이해할 수 있도록 직원과 거주자가 인권과 리더십에 대한 지식으로 역량이 강화되어야 한다.

유럽국가인권기구 네트워크 연구에 따르면, 요양시설은 노인의 존엄성에 대한 권리, 학대예방, 자율성에 대한 권리, 참여, 사생활, 도달 가능한 최고 수준의 건강과 사법 접근을 보장하는데 가장 큰 어려움을 겪고 있다. 하지만 다양한 우수 실천 역시 찾아볼 수 있으며, 이는 종종 요양제공자를 대상으로 한 인권기반 접근법과 거주자의 공식 및 비공식 의견 수렴을 통해 돌봄과 요양시설 운영에 영향을 주는 의사결정으로 이어졌다.

인권기반 접근법에 대한 이상적인 국가 지원은 서비스 제공자로 하여금 인권기반 접근법 채택을 의무화하는 법제화이며 이를 통해 지속적인 성공의 가능성이 커질 것이다.

부록: 관련 인권 기준

권리	실천 의무	관련 제약
장기요양 접근	• 각 개인에게 반드시 장기요양에 대한 설명과 동의를 받고 장기요양을 어디서 받을 지에 대한 선택권을 부여한다. • 요양보호를 위한 대기명단은 개인의 병세, 위험 요소, 감정적 및 심리사회적 범주와 삶의 질을 포함한 의학적 범주에 근거한 증거에 따라 공정성, 긴급, 투명성을 기준으로 유지되어야 한다. • 필요와 긴급 정도를 인종, 종교, 성별이나 기타 비의학적 상태를 기준으로 결정하는 것은 결코 허용되지 않는다. 대기명단의 위쪽으로 올라가기 위해 매매나 영향력 행사 역시 절대 용납되어서는 안 된다. • 환자와 보건의료 서비스의 소비자는 구체적인 상황에서 대기명단과 대기시간 정보와 더불어 일반적으로 본인의 대기명단 순위에 대한 개별 정보도 알 권리가 있다.	노인에게 장기요양 권리를 제공해야할 구체적인 의무 조항이 없고 적정한 보건의료 서비스에 대한 평등 접근권과 장기요양 환경 선택에 대한 조항만 있다.
생명권	• 요양시설의 물리적 배치를 통해 거주자의 안전을 보장하고, 낙상을 방지하기 위한 장치를 마련해야 한다(손잡이 레일, 적절한 수의 훈련된 직원). 개인위생관리를 수행할 때 거주자의 안전에 주의해야 한다. • 국가가 연루되었을 수도 있는 사망 건이 발생하면 독립 수사를 실시한다.	개인이 **불법적** 폭력을 저지르거나 **합법적** 구금에서 벗어나는 것을 멈추기 위한 목적 등 구체적인 필수 조건 하에서만 제한이 가능하다.
고문과 굴욕적이거나 비인간적 대우, 폭력과 학대로부터의 자유(효과적인 구제책을 받을 권리 수립)	• 모든 개인이 고문, 폭력이나 학대의 대상이 되지 않도록 방지하고(개인에게 해를 입히는 의도적이거나 비의도적 처우), 어떠한 상황에서도 그런 행위를 허용하지 않는다. • 훈련된 직원을 적절히 투입하여 거주자가 필요로하고 바라는 것을 적시에 충족시킨다. • 요양원에 있는 노인의 상황을 모니터하고 발생 위험을 관리하기 위해 관리감독 장치를 마련한다. • 학대를 방지하고 학대가 발생했다고 의심되는 상황에서 어떤 조치를 취할지 알려주기 위하여 돌봄 서비스의 품질에 대한 직원 직무훈련을 실시한다. 필요한 경우 당국에 학대신고를 할 것을 독려한다.	어떤 상황에서도 권리의 제한은 허용되지 않는다.

권리	실천 의무	관련 제약
신체의 자유, 이동과 구속되지 않을 자유	• 어느 누구도 자신의 의사에 반해 구금이나 구속을 가하지 않는다. • 적절하거나 필요한 경우가 아니라면 당사자를 피해로부터 보호하거나 타인을 해치는 것을 방지할 목적(최대한 짧게 적정 기간 동안 최후의 수단으로 사용되어야 하며, 법률에 의해 수립된 적절한 절차상의 실질적인 보호장치가 동반되어야 한다)으로만 허용된다. • 구속이 덜한 구금 대안책을 제공하기 위해 지역사회 기반의 대안 서비스를 마련한다. • 적정한 수의 훈련된 직원을 투입하여 거주자가 필요로하고 바라는 것을 적시에 충족시킨다. • 구속의 구성요소(예: 개인을 의자에 앉혀 놓고 외부 도움 없이는 벗어나지 못하게 만든 상태에서 다른 업무를 이유로 자리를 비우는 경우)가 무엇인지 이해하고 각 개인의 안녕을 보장하기 위하여 제약의 대안을 사용할 수 있는 방법을 찾아내기 위해 직원 훈련을 실시한다.	전통적으로 인권법은 정신보건 분야에서 "필요하고 적정하다면 당사자를 피해로부터 보호하거나 타인을 다치게 하는 상황을 방지할 목적으로" 구금을 허용한다. 최근 법률과 해석에 따르면 장애인에 대한 고립을 포함한 어떠한 제약도 아무리 짧은 기간에 행해지더라도 고문이나 부당한 대우의 요소가 될 수 있다.
선택, 자율성, 법적 능력, 법 앞의 평등에 대한 권리 인정	• 요양제공자는 모든 거주자가 삶의 모든 측면에서 타인과 동등하게 법적 능력을 가지고 있으며 장애가 있다는 이유만으로 법적 능력을 박탈하는 것을 정당화할 수 없다는 것을 인정해야 한다. 따라서 개인이 부정적인 결과를 가져온다고 생각하는 결정을 내리거나 의사결정 기술이 부족하다고 여겨지더라도 그들의 법적 능력은 지속적으로 존중되어야 한다. • 의사결정을 대체하기 보다는 의사결정 지원을 용이하게 하기 위한 정책과 실천을 개발한다. • 개인의 삶과 보건의료에 영향을 주는 의사결정에 개인이 참여할 수 있게 한다.	어떤 상황에서도 권리의 제한은 허용되지 않는다.
존엄	• 각 개인의 신체적, 성적, 심리학적, 감정적, 금전적, 물질적 안녕을 존중 및 보호하고, 방치와 학대로부터 보호한다. 개인의 존엄과 선택이 존중되도록 보장하기 위해 훈련된 직원과 자원을 적절하게 보완한다. • 모든 거주자의 잠재력이 충족되고 실현될 수 있도록 보장한다. • 불필요한 구속을 없앤다 • 도움을 받아 화장실을 이용할 수 있는 개인에게 요실금 패드를 사용하지 않는다.	다른 권리의 제한이 결코 존엄권에 영향을 주어서는 안 된다.

권리	실천 의무	관련 제약
사생활과 가족생활	• 모든 거주자의 개별 정체성과 사생활 공간을 누릴 권리를 존중한다. 옷을 입히거나 목욕시킬 때 품위를 존중하고 개인의 상황을 타인과 논의할 때 개인정보를 보호한다. • 옷을 입고 벗을 때 선호하는 방식에 대한 개인의 취향과 개개인의 선택을 존중한다. • 각 개인이 가족과 연락을 유지하고, 거주자와 같이 살고 싶어하는 배우자나 동성 연인을 수용하고, 시설에서 관계를 지속해 나갈 수 있게 도와주는 합리적인 절차를 마련한다. • 통신의 비밀을 보장하고, 데이터, 돌봄과 관련된 대화 역시 보호한다. • 개인의 권리가 위험에 처한 것이 확실해지면 모두에게 개인 인권에 대한 정보를 제공한다.	요양시설은 개인의 권리의 제한이 가능하다. 단, 제한 행위가 합법적이고 필요하며 국가안보, 공공안전, 또는 국가 경제 안녕의 이해관계에 상응하는 경우에 혼란이나 범죄의 예방, 보건과 도덕의 보호, 또는 타인의 권리와 자유 보호를 위한 목적이어야 한다..
참여와 사회적 통합	• 공적 업무 수행에 참여할 권리와 투표권 행사를 용이하게 한다. • 다양한 여가 활동과 행사 참여를 제공하거나 가능하게 한다. • 삶과 보건의료에 영향을 주는 의사결정에 개인이 참여하게 한다.	요양시설은 개인의 권리의 제한이 가능하다. 단, 제한 행위가 합법적이고 필요하며 국가안보, 공공안전, 또는 국가 경제 안녕의 이해관계에 상응하는 경우에 혼란이나 범죄의 예방, 보건과 도덕의 보호, 또는 타인의 권리와 자유 보호를 위한 목적이어야 한다.
표현의 자유, 사상, 양심, 신념, 문화, 종교의 자유	• 생각, 양심, 종교를 방해하는 조치를 삼간다. • 거주자에게 돌봄 환경과 일상 생활과 보건의료에 영향을 주는 사안에 관한 정보를 이용할 수 있는 형태와 요구되는 기술로 적시에 그리고 추가 비용 없이 제공한다. • 종교나 신념과 관련된 예배와 집회의 권리와 이런 목적으로 위한 장소를 설립하고 유지할 수 있도록 한다. 종교적인 신념에 따른 식단 요건에 부응하는 음식을 합리적으로 접할 수 있게 한다. • 지역사회 일반적 이익과 관련 개인(들)의 사적 이해관계 사이의 공정한 균형에 유념한다.	요양시설은 개인의 권리의 제한이 가능하다. 단, 제한 행위가 합법적이고 필요하면 국가안보, 공공안전, 또는 국가 경제 안녕의 이해관계에 상응하는 경우에 혼란이나 범죄의 예방, 보건과 도덕의 보호, 또는 타인의 권리와 자유 보호를 위한 목적이어야 한다.

권리	실천 의무	관련 제약
도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강	• 적정한 수준의 보건의료 서비스를 적시에 제공한다. • 안전한 음용수와 적절한 위생, 안전식품, 영양, 주택, 건강한 직업적 및 환경적 조건의 적절한 공급, 성 건강과 생식 보건을 포함한 건강 관련 교육과 정보를 이용하게 한다. • 건강 관련 의사결정에 개인의 참여를 보장한다. • 개인이 치료를 거부할 권리를 존중한다. • 이용 및 접근이 가능하고, 적절한 가격의 수용 가능한 보건시설과 관련 제품 및 서비스를 가능하게 한다. • 예방적, 치료적, 재활적 보건의료 요소를 결합하여 돌봄 통합 모델을 제공한다. • 개인의 투약 상황을 정기적으로 검토하고 치매나 향정신성 약물의 지속적 투약에 대한 적절성 검토도 시행한다. 의사결정 능력을 가진 거주자를 위한 검토 절차는 거주자들이 특정 약물투약의 장점과 위험을 인식하게 할 수 있고, 그로 인해 올바른 설명과 이해를 통해 치료 유지나 거부에 동의할 수 있다.	건강을 누릴 권리가 아니라 도달 가능한 최고 수준의 건강 기준을 실현하는 데 필요한 다양한 시설, 재화, 용역 조건을 향유할 수 있는 권리로 해석된다. 의료시설의 최소 접근성을 확보하고, 충분한 양의 가용재화, 용역을 모두에게 차별없이 제공한다.
적절한 생활 수준	• 적절한 식음료 공급과 의료 지원과 같은 기초적인 필수 돌봄 서비스를 제공한다. 적정 수준의 생활 환경을 보장하기 위해 적정 수의 훈련된 직원을 투입한다.	관련된 제한이 없다. 해당 권리는 최소한의 핵심 의무(적절한 음식과 영양, 의복, 주거, 필요한 경우 돌봄 서비스에 필수적인 조건)를 규정하고 최고 수준의 적절한 생활 수준을 점진적으로 완전하게 실현하기 위해 즉각적인 조치를 취할 의무를 규정한다.
평등과 차별금지	• 직원, 자원봉사자, 거주자에 대한 차별적 내용이나 차별적으로 행해지는 요양시설 정책과 실천의 수립을 삼간다. • 소수자 집단의 요구와 바람을 가능하게 한다. • 요양시설을 위한 사후 정산 지급에 평등을 보장한다.	일부 상황에서 지역사회 안에서 특정 사회적 약자들의 이해를 도와주거나 인정하는데 필요한 조치('특별 조치')는 금지된 차별로 간주되지 않는다. 단, 이 조치들이 다른 인종 그룹을 위한 별개 권리의 유지로 이어지지 않고, 해당 목적이 달성된 이후에 조치가 지속되지 않아야 한다.

PART 3

인권 실천과 인권교육

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

| 제 2 장 |

Ⅰ. 노인 요양현장에서의 인권 실천 사례: 위마니튀드 운동

가 혁(인천은혜요양병원 원장)

1. 치매환자를 대하는 바람직한 마음가짐과 태도

2. 치매환자를 이해하기 위한 포인트

3. 위마니튀드(Humanitude) 기법

4. 노인이 말하지 않는 것들

5. 요양병원 사례

참고문헌

1. 치매환자를 대하는 바람직한 마음가짐과 태도

치매환자의 인격을 존중하는 자세로 대해야 원활한 의사소통이 되고 환자를 다루는 것이 쉬워진다. 특히 직원들을 힘들게 하는 치매환자들의 행동심리증상도 환자의 입장에서 생각해보면 인지장애로 인한 자연스러운 행동임을 이해한다면 그들을 대하는 자신의 마음도 달라지게 된다.

말씨가 변하면 마음이 변하고
마음이 변하면 행동이 변하며
행동이 변하면 사람이 변한다

말씨가 가장 중요하고 기본이 된다는 의미이다. '문제행동'이라고 하지 말고 '행동심리증상'이라라고 불러야 한다. 사소한 일이지만 맞는 말을 사용하는 자세도 환자의 존엄성을 지키는 것이다. 이렇듯 환자의 입장에서 생각하는 습관은 치료 제공자로서 매우 중요하며, 이러한 마음가짐은 대부분 환자에게 그대로 전달된다. 결국 어려운 치매환자를 대하는 쉬운 요령의 하나는 그들을 이해하려 하는 마음을 갖고, 그에 따라 진심으로 행동하는 것이다.

환자가 불쾌감이나 치료에 저항감을 나타낼 때는 무조건 치매 탓을 하지 말고,
환자를 대하는 **자신의 태도나 말씨를 점검**해야 한다!

2. 치매환자를 이해하기 위한 포인트

1) 요양병원 입원시에 파악해야 할 포인트를 다음과 같이 입소자별로 표로 만들어서

관리하면 좋다.

☐ 인지장애의 유무와 정도
☐ 행동심리증상**(협조거부, 과다행동, 큰소리 등)**의 유무
☐ 낙상의 위험성 유무
☐ 배회, 탈출의 위험성 유무
☐ 섬망의 위험성 유무
☐ 지시를 따르지 않는다.

2) 치매환자를 관찰, 평가할 때 유의할 점

- 경미한 표정이나 말의 변화에 따라 신체상황을 신중히 평가한다.
- 인지저하 점수는 어디까지나 대상자 특성의 일부일 뿐이다.
- 각 평가척도의 특성을 충분히 파악한 후에 활용한다.
- 환자의 생활능력, 시간에 따른 경미한 변화에 주목한다.
- 환자가 하는 말과 행동의 의미를 잘 해석한다.
- 간호팀 내에서 치매환자의 관찰 결과에 대해 반복하여 의논한다.

3. 위마니튀드(Humanitude) 기법

'위마니튀드(humanitude)'는 프랑스의 이브 지네스트(Yves Gineste)와 로젯 마레스코티(Rosette Marescotti)가 만든 케어 기법이자 치매환자를 '인간다운' 존재로 대하자는 철학적 운동이다.

이브는 체육교사였는데, 40여년 전 프랑스의 한 병원에서 간호사 요통예방 교육을 위해 일하던 중 간호직원들이 직업적으로 치매환자를 돌보는 모습을 목격하고 충격을 받게

되었다. 특히 묵묵히 입을 다문 채로 환자와의 눈맞춤 없이 케어하는 모습을 보며 '치매환자에게도 인간을 대하는 기본적인 자세로 대할 것'을 철학으로 하는 '위마니튀드 기법'을 개발하게 되었다. 2019년에는 인천광역시의 초청으로 인천광역시를 방문하여 필자의 병원(인천은혜요양병원)에서 위탁 운영하는 인천광역시립제1치매요양병원에서 위마니튀드 워크숍(국제치매케어 워크숍)을 개최하였다(〈그림 1〉). 한편 본 병원과 인천광역시립제2치매요양병원에서 치매환자를 대상으로 수개월에 걸쳐 적용한 위마니튀드 기법은 2부작 다큐멘터리로 제작되어 KBS에서 방영되어 큰 반향을 일으킨 바 있다.

〈그림 1〉 2019년 인천시의 초청으로 인천시립치매요양병원에서 개최된 국제치매케어 워크숍에서 위마니튀드에 대해 강의하는 이브 지네스트

가. 위마니튀드의 4가지 기둥

위마니튀드의 가장 기본이며 중요한 4가지 행동은 바라보기, 말하기, 접촉하기, 서기이다. 사람과 사람이 친밀한 상호작용할 때에는 누군가를 바라보고(눈맞춤) 말하며(대화) 접촉(악수, 포옹)을 하고, 걸어서(서기) 세상을 본다. 부모라면 자식을 키울 때에 누가 시키지 않아도 사랑의 눈길로 바라보고 정답게 이야기를 나누며 수시로 접촉을 하고 걸음마 아기가

걸을 때에 뿌듯해한 경험이 있을 것이다. 이러한 기쁨을 치매환자를 돌볼 때에도 느낄 수 있다. 엄마가 사랑의 마음으로 눈빛으로 아기를 바라보듯이 치매 노인을 바라볼 수 있다면 위마니튀드에 한걸음 더 다가선 셈이 된다고 할 수 있다(〈그림 2〉). 이렇듯 인간의 가장 기본적인 상호관계임에도 긴장되고 분주한 의료현장에서는 이러한 마음을 망각하게 되는 경우가 많다. 사람 사이의 기본적인 애정 관계를 유지하는 것이 바로 위마니튀드의 근본 철학이라고 할 것이다.

〈그림 2〉 위마니튀드의 4가지 기둥-바라보기, 말하기, 접촉하기, 서기

출처: 가혁, 원장원. 요양병원 진료지침서, 4판, 2021.

4가지 기둥의 구체적 방법들 중 몇 가지만 다음의 〈표 1〉에 요약하였다.

〈표 1〉 위마니튀드의 4가지 기둥 응용기술의 예

바라보기	▶ **바라볼 것(보지 않음 = 존재하지 않는다)** – 환자의 눈을 바라보지 않고 환자를 닦인다면 세차장에서 차를 세차하는 것과 무엇이 다른가? – 눈맞춤을 회피하면 바라보는 곳으로 가서 눈맞춤을 하도록 한다. – 아래쪽을 쳐다보면 무릎을 굽히고 아래에서 위로 쳐다본다. – 식사를 드릴 때에 스푼을 확실하게 눈 앞으로 보여지게 해서 드시게 한다. ▶ **눈을 맞추거든 2초 이내에 말을 건다. 이 때 가능하면 돌봄 자체에 대한 이야기에 앞서 일상적인 대화(날씨 이야기 등)로 시작한다.** ▶ **가까이서 보도록 한다.** – 22~25cm 거리 를 두고 바라본다. 그러면 뇌에서 도파민(사랑의 호르몬)이 분비된다고 한다.
말하기	▶ **말을 할 것** – 치매환자를 돌보는 직원들이 하루 종일 한 사람에게 단 2분만 이야기한다는 연구결과가 있다. – 엄마 말을 알아듣지 못하는 아기에게도 말을 시키지 않는가? ▶ **자동피드백** – 반응이 없는 사람에게도 계속 말을 하면 그 에너지는 그대로 전달된다. 즉, 치매환자가 대답을 못하더라도 계속 말을 시킨다. ▶ **행동을 언어로 표현** – "어른신, 등을 닦겠습니다", "양손을 위로 올려주세요", "아, 손이 따뜻하시네요"...와 같이 본인이 하는 동작을 말로 표현한다.
접촉하기	▶ **붙잡지 않고 아래서 지지한다.** – 손목을 덥석 잡으면 환자는 기분도 안 좋고 '내가 뭘 잘못했나?'라고 생각하기 쉽니다. 손목을 잡아버리면 손을 뿌리치면서 낙상의 위험이 높아진다. ▶ **5살 아이의 힘 이상을 사용하지 않는다.** ▶ **닿는 면적을 넓게 하면 압력이 세져서 안전하다.**

서기	▶ 40초만 혼자 설 수 있다면 선 자세에서 케어받도록 한다. ▶ 세우는 기술 ● 인사하기 – 무릎과 발꿈치가 90도가 되는지 확인 – 악수 자세로 환자 손을 잡기 – 팔씨름 자세로 바꾸기 – 아래에서 다른 편 손을 넣어 받치기 – 끼워 넣은 팔을 굽혀 고정하기 – 2인의 직원이 서로 마주본 자세로 세우기 – 무릎이 굽혀지지 않도록 무릎 안쪽으로 확실히 Lock을 건다 – '절하기' 자세로 환자를 앞으로 굽히도록 하기 – 직원은 서로 마주본 상태에서 천천히 걷기

4. 노인이 말하지 않는 것들

2006년에 일본 요미우리신분사 '치매케어 대상' 공로상 수상작인 '노인이 말하지 않는 것들'이라는 책에는 요양시설에서 근무하는 종사자들이 가져야 할 마음가짐 15가지를 소개하고 있다. 이러한 마음가짐을 요양병원 종사자들도 가지기를 바란다.

요양병원 종사자들이 가져야 할 15가지 마음가짐

1. 환자를 앞에 두고 환자에 관해 직원들끼리 이야기하지 않는다.
2. 의사소통은 당사자로부터 직접 얻은 정보를 가지고 한다.
3. '먹고 싶을 때 먹는 것'이 바로 '가장 맛있는 식사'.
4. 배설을 다른 사람에게 의지할 수 밖에 없는 아픔을 가슴에 새겨라.
5. 새로운 일에 대한 도전은 우선 처음에는 한 사람부터 시작하자.
6. 집에서 하던 '보통의 생활'을 지속할 수 있도록 하라.
7. 본인의 결정과 전문성이 균형을 이룬 서비스가 중요하다.
8. 두려움은 무지(無知)에서 나온다. 사전 준비와 정확한 지식이 필요하다.
9. 누구를 위한, 무엇을 위한 서비스인지 항상 생각하자.
10. 비언어적 의사소통을 소중하게 생각하라.
11. 직원이 불안을 느끼면 환자는 더 불안해한다.
12. 치매환자와의 소통은 '설득보다는 납득'을 우선적으로 고려하라.

13. 적절한 용구(의료기기)를 활용하여 서비스하는 사람을 지켜줘야 한다.

14. 좋은 죽음을 맞이하는 것은 좋은 삶을 의미한다.

15. 존엄성을 존중받으면 새로운 힘이 생겨난다.

출처: 노인이 말하지 않는 것들, 2016.

5. 요양병원 사례

가. 단추구멍 카네이션

어느 해 5월 8일 어버이날. 필자는 회진을 하다가 누워 계신 환자분과 대화를 나눈다.

필자: "아, 꽃을 다셨네요? 오늘이 무슨 날인지 아세요?"

환자: (주무시고 계시다가 깨셔서) "이게 뭐야?"

알고 보니, 이 환자분을 주무시고 계셨고, 그 사이에 직원이 환자의 단추구멍에 카네이션꽃을 달아놓았던 것이다. 어버이날 연례행사이기 때문에..

순간, 필자는 깨달았다. 이 카네이션 꽃을 단 더 중요한 목적은 '우리의 (직업인으로서의) 목적'을 위해서 한 것이다. 이 치매환자를 '사람'으로 보았다면 주무시고 계실 때에 몰래 꽂아놓는 것이 아니라 다음에 깨어계실 때 와서 인사드리고 꽂았어야 했겠지...!

이러한 생각이 바로 '위마니튀드의 철학'일 것이다.

나. 개인회상요법 설문지를 이용한 자원봉사학생과 요양병원 노인환자와의 인간적 대화

인천은혜요양병원에서는 자원봉사학생들의 방문 시에 다음과 같은 개인회상요법 설문지를 통해 요양병원에서 삶의 마무리를 하고 계신 노인분들과의 대화를 유도하고, 이를

통해 환자 한분 한분의 인생을 돌아보는 시간을 갖도록 하고 있다. 이러한 작업을 통해 입원환자를 단순한 치료의 대상으로서가 아닌 하나의 인격체로 보는 기회를 갖고 따뜻한 삶의 공간으로서의 역할을 추구하고 있다. 또한 이러한 설문지 결과를 추후 가족에게 전달함으로써 부모의 임종을 겪는 가족들에게 사별관리의 수단으로 활용하고 있다.

[인천은혜병원/인천시립치매노인요양병원 자원봉사 개인회상요법 설문지]

자원봉사자 이름 : 성별(남/여) 나이 :
소속: (초등,중,고등)학교 / 기타 ( )

회상요법은 노인들로 하여금 노인들이 경험한 과거사건들 중에서 긍정적이고 유쾌한 경험을 기억해내어 상대방과 기억을 공유함으로써 감정적, 정서적, 인지기능적 효과를 보고자 하는 활동입니다. 이 설문지의 빈 칸을 채워가시면서 어르신들과의 대화 기술 능력을 스스로 확인해보실 수 있고, 혹시 어려운 점이 있다면 무엇이 어려운지 알아가는 과정이 되기를 바랍니다.

1. 자기 소개 하기 (제 이름은 _____이고, 어떠어떠한 이유로 이 곳에 오게 되었습니다)
2. 어르신 성함이 어떻게 되시나요? ( )
3. 이름은 누가 지어주셨나요? 부모님? 할아버지? 작명소? ( )
4. 어르신 연세(나이)가 어떻게 되세요? ( )
5. 태어나신 곳이 어디세요? ( )
6. 태어나고 자라신 동네는 어떤 곳이었나요? 무엇이 유명했나요?
7. 어떤 집에서 사셨어요?
8. 이사를 자주 하셨나요? 이사하셨다면 그 동안 어디 어디에서 사셨어요?
9. 어릴 때 특별히 기억나는 일이 있으세요? 기쁜 일이나 슬픈 일이나…
10. 어릴 때 아주 친했던 친구가 있으세요? 그 친구 이름은 무엇이고, 무엇을 하고 노셨나요?
11. 옛날 친구를 지금 다시 만나시면 무엇을 하고 싶으세요?
12. 좋아하는 가수는 누구세요? 어떤 노래를 좋아하세요?
13. 좋아하는 영화배우가 있으세요? 어떤 영화를 좋아하세요?
14. 좋아하는 대통령 이름은 무엇인가요? 그 이유는 무엇인가요?
15. 좋아하는 음식은 무엇인가요? 어떤 음식을 잘 만드세요?
16. 가장 가보고 싶은 곳은 어디세요?
17. 지금까지 사시면서 가장 행복했던 시간은 언제인가요?
18. 자식 키우시면서 가장 즐거웠던 일은 무엇인가요?
19. 자식들에게 하시고 싶은 말씀은 무엇인가요?
20. 저에게 해주고 싶으신 말씀은 무엇인가요?

느낀 점 (좋았던 점, 어려웠던 점 등을 자유롭게 써보세요)

〈그림 3〉 요양병원 노인환자의 인생을 정리해보는 개인회상요법 설문지

〈그림 4〉 개인회상요법 설문지를 이용해 요양병원 입원환자와 면담하고 있는 자원봉사학생

참고문헌

- 가혁, 원장원. 요양병원 진료지침서, 넷째판. 경기도:군자출판사; 2021.
- 와시미 유키히코. 치매간호: 당신의 환자가 치매(인지장애)라면 어떻게 하겠습니까? 경기도: 군자출판사; 2015.
- 이브 지네스트, 고젯 마레스코티. 가족을 위한 위마니튀드. 인천:대광의학; 2019.
- 종합케어센터 선빌리지. 노인이 말하지 않는 것들. 서울:시니어커뮤니케이션; 2016.

PART 3

인권 실천과 인권교육

국가인권위원회
humanrights.go.kr

| 제 2 장 |

Ⅱ. 노인 요양현장에서의 인권 실천 사례: 존엄케어, 4무 2탈

손덕현(이손요양병원 원장)

1. 노인인권과 요양병원 존엄케어 4무 2탈

2. 맺으면서

1. 노인인권과 요양병원 존엄케어 4무 2탈

한국의 고령화 속도는 세계에서 가장 빠르게 진행되고 있으며, 2017년 8월 65세 이상 노인인구가 14%를 넘어선 고령사회로 진입하였다. 정부가 추진하고 있는 커뮤니티케어, 지역사회 통합돌봄 서비스의 취지를 보면 어르신이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있도록 하는데 목적을 두고 있다. 그러나 질병이나 생활적인 돌봄의 필요로 인해 가정과 지역사회에서 생활하지 못하고 요양병원과 요양시설에 입원 입소하게 되어 생활의 자유가 제한됨으로서 발생되는 노인의 존엄성, 인권에 대한 관심과 중요성은 점점 커지고 있다. 노인인권의 개념을 보면, 좁은 의미로는 학대나 차별을 받지 않을 권리를 말하며, 넓은 의미로는 연령차별 없이 사회에 참여할 권리이다. 즉 노인이 존엄한 존재로 존중받고, 인간다운 노후생활을 영위하는데 필요한 권리이다.

한 노인의 삶을 존중하고 인간으로서의 삶을 유지하기 위한 존엄케어를 현장에서 실행하고 있는 요양병원이 증가하고 있다.

존엄케어란 무엇인가? '역지사지(易地思之)'란 고사성어가 있다. 상대방을 자신과 같이 생각하는 마음, 즉 자신의 일처럼 생각하라는 것이다. 내가 만일 뇌졸중에 걸려서 와상상태가 되어 남의 도움을 받아야 할 때 어떤 대우를 받으면 좋을까를 생각하고 상대에게 그것을 해 주는 것이 바로 존엄케어이다. 요양병원에 입원하는 경우 인생의 마지막 종착역으로 생각하시고 다시는 집으로 갈 수 없다고 희망을 포기하시거나 불안해하시는 경우가 있다. 그러나 많은 요양병원들이 어르신들의 질병을 치료하고 다시 가정으로 복귀할 수 있도록 하기 위한 희망의 장소가 되도록 노력하고 있다. 이러한 실천운동으로 필자는 4무 2탈 존엄케어를 만들어 전국 요양병원에 확산시켜 인간 존중과 자립, 신체능력의 회복을 통해 일상의 삶이 가능하도록 하고 있다. 4무 2탈은 4무 - 냄새, 낙상발생, 욕창발생, 신체억제

를 무로 만들고, 2탈 - 탈 기저귀, 탈 침대(탈 와상)을 실천하는 운동이다.

가. 냄새무

요양병원이라 하면 칙칙하고 불쾌한 냄새를 떠올리게 되며, 방문하는 분들의 인상을 찌푸리게 하는 경우가 많다. 냄새가 요양병원의 수준을 평가하는 기준이 되기도 한다. 냄새를 아주 없애기는 불가능하지만, 환자개인의 문제와 시설, 환경의 문제를 지속적으로 관리하면 쾌적하게 만들 수 있다.

냄새는 다양한 원인이 있다. 기저귀 사용, 욕창이나 상처로 인한 냄새, 침상에서 식사할 경우 옷이나 침대에 음식물로 인한 냄새, 몸에서 나는 냄새와 입 냄새가 있다. 또한 환기를 잘 시키지 않거나 환기가 잘 안 되는 병원의 구조, 기저귀 등의 처리 미숙으로 인한 냄새, 신발 쓰레기통 침대시트 등의 미 관리, 냉장고의 음식물 관리미비 등의 문제가 있다.

원인을 알면 그 원인을 제거하는 것이 어렵지 않다. 환자나 직원에게 병실을 병실이 아닌 집으로 인지하게 하는 것이 중요하다. 개인의 위생관리를 위해 최소한 주 2회 이상의 목욕과 청결이 필요하다. 환기나 공기청정제의 사용, 화장실 관리, 기저귀나 오염물의 청결처리 등의 원인제거를 위해 주기적, 지속적으로 관리를 하면 쾌적한 환경을 만들 수 있다.

나. 욕창발생 무

욕창의 발생은 어떤 이유이든지 의료사고라는 인식으로 출발한다. 어쩔 수 없는 상황이 있을 수 있지만 그 상황을 최소화하는 노력이 필요하다. 욕창 발생의 원인을 보면 치료나 케어의 부족한 문제로 인해 발생하는 경우가 대부분이다. 기저귀를 채우고 제때 교체를 하지 않았거나 체위변경을 잘 하지 않는 경우 발생한다. 또한 환자의 상태나 질병의 중증

도가 심한 경우, 영양상태의 불량, 그리고 배뇨 배변 등의 문제로 인해 발생할 수 있어 입원 시부터 철저한 관리와 집중적 관리를 한다면 충분히 예방이 가능하다.

다. 낙상발생 무

낙상으로 인한 골절은 노인의 생명과 삶의 질에 심각한 영향을 미친다. 낙상으로 인한 골절 시 와상으로 인해 기저귀 착용, 욕창, 폐렴 등이 발생할 수 있다. 우리나라 65세 이상 노인의 신체 손상 중 절반이상이 낙상에 의해 발생된다. 낙상을 경험한 노인들은 낙상에 대한 두려움으로 일상생활의 활동범위가 줄어들게 된다. 낙상발생의 원인을 보면, 노화로 인한 다장기 기능장애로 인해 시각적인 문제, 기립성 저혈압 및 하지의 약화, 평형을 담당하는 전정기관의 문제, 혈관의 탄력성의 변화에 따른 어지러움증 등이 있고, 욕실이나 병실바닥의 물이나 문의 턱 등의 병원의 시설물의 환경 장애물, 또한 사용하는 약제들로 인한 부작용도 많은 부분을 차지하고 있다. 낙상발생 무를 위한 실천방안으로 입원 시 위험군에 대한 사정이 중요하다. 위험군의 경우는 낙상 예방 기구를 사용하게 하고, 앉거나 누었을 때 천천히 일어나기, 화장실과 욕조에 손잡이를 설치, 욕실의 물기 제거 및 미끄럼 방지 등의 시설물 안전도 중요하다. 또한 체중의 감량이나 신경안정제의 복용을 제한, 야간에 카페인 섭취를 제한하는 것이 필요하다. 낙상을 예방하는 시스템을 보강하여 재활치료를 통해 건강의 회복과 사고를 줄여나가면 낙상을 최소화 할 수 있다.

라. 신체억제 무

신체억제는 노인 학대이며 인권유린이다. 생명을 위협하는 경우를 제외하고 가능한 신체억제를 하지 않아야 한다. 일본의 경우는 3가지 이외에는 묶는 것을 법으로 규제하고

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

있다. (1) 생명을 위협하는 경우, (2) 신체억제 외에 다른 방법이 없을 때, 그리고 (3) 억제를 할 경우는 한시적으로 시행하고 있다. 우리는 병원에서 신체보호대를 사용하면서 이것은 억제가 아닌 고정, 보호라고 생각하는 것이 경우가 많다.

신체 보호대를 사용할 경우 요양병원은 인증의 기준에 보호자의 동의와 의사의 처방을 받고 있다. 이를 통해 무분별한 억제는 시행되지 않고 있지만, 억제하지 않으려는 방법을 생각하지 않고, 보호자의 동의를 얻어 환자의 안전 확보라는 논리를 가지고 합법적으로 묶는다라는 생각을 가질 수 있다. 우리가 신체보호대를 사용하여 억제하면서 '당신을 위해 하는 것입니다'라고 이야기한다고 그 사람의 고통을 완화시킬 수 있을까? 과연 환자 스스로 선택한 방법일까? 삶의 질을 생각할 때, 본인의 의사를 최대한 존중해야한다.

신체보호대 사용실태를 보면 대부분 손목보호대, 휠체어 보호대, 손 장갑이 대부분을 차지하고 있다. 신체보호대를 사용하는 이유를 보면, 치료기구(비위관, 소변줄, 정맥주사) 제거행위를 예방하기 위함이 가장 많았고, 휠체어나 의자, 침대에서 떨어지는 것을 예방하기 위해서가 그다음을 차지하고 있다. 즉 그렇게 생명에 위협을 주는 것이 아니고 사용을 하지 않아도 되는 부분이 대부분이다. 보호대를 사용하여 움직이지 못하게 함으로서 오히려 근력의 약화로 낙상의 위험이 더 증가한다는 것이 입증되었고, 보호대로 인한 외상, 질식으로 사망하게 되는 경우, 활동을 제한받음으로서 발생하는 혼란수준의 상승, 근위축, 궤양의 발생, 폐렴, 요실금, 무력감 등의 억제로 인한 잠재적인 영향도 발생할 수 있다. 억제가 환자의 흥분수준을 낮추거나 낙상을 예방하기 보다는 오히려 억제를 통해 자아조절의 상실로 인한 흥분, 공포, 불안, 모욕감, 두려움, 자포자기 등의 스트레스가 더 증가한다는 사실도 알려져 있다.

콧줄이나 기관지 삽입관을 자주 빼지만 병원에서는 묶지 않고 케어를 하려고 하면, 병

원에서 사고에 책임질 수 있느냐고 가족들이 보호대 사용을 요청하는 경우도 있다. 이러한 묶지 않는 문화를 만들어 나가기 위해서는 가족도 동의해야 한다. 요양병원의 경우는 간병의 제도화가 되어 있지 않아, 간병인을 직원으로 직접 고용하지 못하고, 교육을 병원 측에서 직접 할 수 없다. 이러한 돌봄을 위한 간병의 제도화와 제도개선이 이루어져야 묶지 않는 문화가 만들어질 것이다.

마. 탈 기저귀

배뇨는 존엄케어의 가장 필수적인 행위이다. 기저귀를 찬다는 것은 다른 사람의 도움을 필요로 하는 것이고 또한 인간으로서의 삶에 대한 희망상실을 의미하는 것이다. 남에게 도움을 받는다는 것은 어르신의 입장에서 받아들이기가 어렵고 또한 실변이나 실금의 경우 어르신들의 가장 마지막까지 남아있는 감정인 수치심을 느끼게 한다. 또한 병원에서는 쉽게 기저귀를 채우는 것은 보조하는 사람들의 편의위주도 있다.

탈 기저귀를 시행하면서 극복해야 할 문제가 있다. 어르신의 입장에서는 스스로 움직이는 것을 싫어하시거나 두려워한다. 실변이나 실금에 대한 불안감으로 기저귀를 차기를 원하시는 분이 있고, 또한 간병에게 화장실 이동에 대한 부담을 주는 것을 싫어 하셔서 스스로 포기하는 경우가 있다. 간호나 간병의 입장에서는 화장실로 모시고 가는 것이 힘들어 하고, 야간의 경우는 인력의 부족과 수면 등으로 기저귀를 채우는 경우도 있다.

실천방안으로는 배뇨에 대한 습관파악이 중요하고 감각유무를 확인하고, 입원 일주일간 배뇨와 배변에 대한 시간과 양, 문제점을 파악해야한다. 그리고 어르신에게 탈 기저귀의 근본취지를 설명하는데 불안해 할 경우는 우선 기저귀를 채우지만 언젠가는 졸업해야지 하는 생각을 가지게 하여 서서히 접근해야 한다. 배뇨 패턴에 따라 소변기나 휴대용

변기를 사용하고 충분한 시간을 가지고 기다려 주며 필요시 마사지등을 통해 배뇨와 배변 활동을 도와주고, 요실금의 경우는 케겔 골반근육운동을 시킨다. 재활을 통해 앉는 훈련과 하지강화 운동을 실시한다. 내 부모라는 생각과 기저귀를 채워야 하는 경우는 효과적인 착용방법에 대한 아이디어를 공유한다. 탈기저기 성공을 통해 자존감을 높여 드려야 한다. 재활치료를 통해 앉을 수 있도록 하고, 하지의 기력을 향상시켜 스스로 화장실을 갈 수 있도록 해야 한다. 탈 기저귀는 어르신들에게 삶을 되찾을 수 있는 희망을 드리는 것이다.

바. 탈 침대

와상은 2가지 유형이 있다. 어쩔 수 없는 질병으로 인한 와상상태와 움직일 수 있지만 도움을 받지 못해 와상상태로 방치된 경우이다. 탈 침대 운동은 와상상태의 환자에게 희망을 주며, 와상 방치를 예방하기 위함이다. 요양병원의 침대는 식당, 화장실, 침상의 기능을 하고 있다. 탈 침대는 이것을 분리시켜 자택으로 돌아가서도 일상생활을 가능하게 하기 위함이다.

어르신의 경우 통증이나 어지러움 등의 증상으로 움직이는 것을 싫어하신다. 그리고 스스로 움직이지 못한다고 생각하고 포기하는 경우가 많다. 병원의 입장에서는 낙상 등의 위험으로 인해 움직이지 못하게 하는 경우가 있고, 간호나 간병의 손길이 많이 가고 힘이 들기 때문에 탈 침대를 적극적으로 하지 않을 수 있다.

탈 침대 실천방안으로, 움직이려 하지 않는 환자의 의사를 존중하면서 왜 움직여야 하는지 충분한 대화와 동기부여를 하고 통증 등의 증상이 있을 경우는 관리를 한다. 재활치료를 통해 앉을 수 있게 훈련을 시키며, 침대에서 벗어나기에 대한 다양한 프로그램을 통해 실천한다. 재활치료를 하는 환자는 하루 한차례 이상 침대를 벗어나지만, 재활치료가

없는 환자의 경우 24시간 침대에서 생활하는 경우가 있어 와상상태의 중한 환자를 포함하여 프로그램에 모두 참여시키는 것이 중요하다.

2. 맺으면서

존엄케어는 노인의료와 인권에서 중요함은 누구나 다 알고 있다. 그러나 요양병원의 현실이나 제도는 이러한 존엄케어를 하기에 너무나 열악한 환경이지만 노인의 존엄성 회복을 위해 실천하는 요양병원이 증가하고 있다.

4무 2탈 존엄케어가 현실에서 불가능한 일로 생각할 수 있다. 이를 생각할 때, 다음 글이 떠오른다. '북쪽으로 가려고 할 때 북극성을 길잡이로 이용할 수 있지만 북극성에 도달하려는 것은 아니다. 북극성에 도달하는 것은 불가능하다. 우리의 노력은 그 방향으로 계속 나아가 자신의 장소에 도달하는 일이다.'

존엄케어 4무 2탈도 북극성처럼 존엄케어의 길잡이가 될 것임을 확신한다. 요양병원이 인권의 사각지대가 아닌 한 분 한 분의 삶을 존중해주고 인권이 지켜져야 하는 공간을 만들기 위한 우리의 노력은 계속 되고 있다.

"우리는 나이가 들면 모두가 노인이 된다."
"노인은 우리의 미래이다."

국가인권위원회
humanrights.go.kr

PART 3

인권 실천과 인권교육

| 제 3 장 |

보건의료 종사자를 위한 인권교육 지침

유럽안보협력기구 민주제도인권사무소

감사의 말

서문

도입

1. 전반적 과정 및 목표

2. 핵심 역량

3.커리큘럼

4. 교육 및 학습 절차

5. 평가

6. 교육자를 위한 교육, 전문적 개발 및 지원

자료

본 보고서의 원 제목은 "Guidelines on Human Rights Education for Health Workers"이며, 유럽안보협력기구 민주제도인권사무소에서 2013년 발간한 보고서로 국가인권위원회가 번역하였으며 번역에 따른 책임은 국가인권위원회에 있습니다.

감사의 말

유럽안보협력기구(OSCE) 민주제도인권사무소(ODIHR)는 본 보건의료 종사자를 위한 인권 교육 지침의 고안을 위한 스위스 루체른 교육대학교 인권 교육센터의 공동 센터장 피터 G. 키르히슐라거 박사의 지식, 기술 및 노력에 감사를 표한다.

ODIHR은 또한 본 지침 개발에 참여한 유엔 인권최고대표사무소와 다음의 전문가에게도 감사의 뜻을 표한다.

Kamiar Alaei
국제 보건 및 인권 전문가, 뉴욕주립대학교, 알바니대학(미국)
Sneh Aurora
국제 인권 교육 담당자, 엠네스티 인터내셔널, 국제 사무소(영국)
Britta Baer
세계보건기구(WHO)
Ludovica Banft
유럽연합 기본권청(FRA), 자유와 정의(오스트리아)
Brock Chisholm
강제 이주 트라우마 서비스(영국)
Dragana Ćirić Milovanović
국제 장애인 인권연대, 세르비아 사무소(세르비아)
Victor De Currea-Lugo
교수, 하비에르 대학교(콜롬비아/스페인)
Sandra del Pino
인권 전문가, 미주보건기구(PAHO)/WHO(미국)
Alicia Dibbets
국제 보건 및 인권 기구 연맹(IFHHRO)
Enver Djuliman
인권교육과장, 노르웨이 헬싱키 위원회(노르웨이)
Gulara Efendiyeva
보건 재정 코디네이터, 보건부, 세계은행, 보건부문 개혁 프로젝트(아제르바이잔)

Elena G. Ewert
덴버 보건 레지던트, 응급 의학(미국)
Tamar Ezer
선임 프로그램 담당자, 개방형 사회 공공 보건 프로그램의 법률 및 보건 이니셔티브(미국)
Gregory Fabian
국제 인권 컨설턴드(미국/슬로바키아)
Kazunari Fujii
창가학회(스위스)
Arlan Fuller
Executive Director, 프랑수아-사비에 바그누드 보건 인권 센터, 하버드 대학교(미국)
Jamshid Gaziyev
인권담당자, 경제적, 사회적 및 문화적 권리 섹션, 특별 절차부서, 유엔 인권최고대표사무소(스위스)
Susana Gomez
아메리칸 대학교, 워싱턴 법대(미국)
Dmytro Groysman
비니타스 인권 그룹(우크라이나)
Mette Hartlev
법무팀, 코펜하겐 대학교(덴마크)
Vincent Iacopino
수석 의학 자문, PHR, 겸임교수, 미네소타 의학대학교, 선임 연구 펠로우, 인권센터, 캘리포니아 대학교, 버클리(미국)
Kaisa Immonen-Charalambous
유럽환자포럼(벨기에)
Elena Ippoliti
방법론, 교육 및 교육부, OHCHR(스위스)
Aydan Iyigüngör
유럽연합기본권청(FRA), 자유와 정의(오스트리아)
Lily Lynch
독립 컨설턴트(미국)

Helena Nygren-Krug
보건 및 인권 자문, WHO
Stefanie Rinaldi
연구 펠로우, 인권교육센터, 루체른 교육대학교(스위스)
Viktor Rolik
박사, 코디네이터, 비니타스 인권 그룹(우크라이나)
Cristina Sganga
인권 교육가 및 자문(영국/이탈리아)
Astrid Stuckelberger
공중 보건 학교, 의학 교수, 제네바 대학교, WHO 국제 보건 규제 과정 및 WHO 윤리 연구 위원회 공동 조정자 및 공동 개념 창시자(스위스)
Daniel Tarantola
방문교수, 공공보건 및 지역 의학 대학, 의학 교수, 뉴사우스웨일스 대학교(호주/프랑스)
Felisa Tibbitts
인권 교육 협회 및 카(Carr) 인권 정책 센터, 하버드 대학교 케네디 정부(미국)
Javier Vasquez
인권 자문, PAHO/WHO(미국)
Olena Volochai
NGO 전문 보조(우크라이나)
James Welsh
연구원/자문, 특별 주제별 프로젝트, 엠네스티 인터내셔널(영국)
Karolina Więckiewicz
여성 및 가족 계획을 위한 폴란드 연맹(폴란드)
Nazmi Zengin
NEU 메람 의학 교수(터키)

서문

1991년 모스크바 문서에서 유럽안보협력기구(OSCE) 참여 국가들은 "교육 프로그램을 담당하는 관할 당국이 모든 학생들, 특히 공공 학교에 다니는 학생들을 위한 효과적인 인권 관련 커리큘럼 및 과정을 고안하도록 장려할 것"에 동의했다. 이러한 지침은 보건의료 종사자와 특히 보건의료 전문가가 되기 위해 공부하거나 이미 중요한 업무를 수행하는 이들을 위한 체계적이고 효과적인 인권 교육 지원을 목표로 한다.

보건의료 종사자가 인권, 특히 건강권 보호에 있어 수행하는 핵심적 역할을 고려할 때 인권은 보건의료 종사자의 전문가적 발전을 구성하는 주요 요소가 되어야 한다. 그러나 실질적으로 의사, 간호사, 의대생, 보건 정책 입안가 및 보건 향상에 주된 책임을 가지는 이들을 위한 인권 교육은 거의 없거나 부재하다. 본 지침은 인권 교육을 통해 인권 기술, 지식 및 태도를 전수하고 이를 보건의료 종사자의 일상 업무에 적합하고 적용 가능하도록 함으로써 그러한 상황을 변화시키고자 한다.

본 지침은 의료 종사자, 학계, NGO 전문가 및 정부간 기구 대표가 참여한 광범위한 협의를 기반으로 하여 마련되었다. 또한 교사 및 교육자, 공무원, 법집행 공무원 및 군인 등에 대한 인권 교육 이행에 초점을 맞추고 있는 유엔의 제2차 세계인권교육프로그램(2010-2014년)의 목표를 증진하고자 한다.

본 문서는 여섯 개의 주요 구조적 분야와 관련하여 보건의료 종사자를 위한 인권 교육 계획 및 이행에 있어 채택될 수 있는 접근법을 제시한다. 여기에는 인권 교육에 대한 인권 기반 접근법, 핵심 역량, 커리큘럼, 훈련 및 학습 과정, 평가 및 전문가적 발전과 교육 담당자의 지원이 포함된다. 본 지침은 또한 보건의료 종사자를 위한 인권 교육 계획 및 이행을 보조할 수 있는 핵심적 자료 목록을 제공한다.

본 지침은 다양한 맥락에서 유용하게 사용될 수 있다. 예를 들어 교육 종사자가 과정, 강의 및 세미나를 계획, 수행 및 평가하는 것을 도울 수 있고, 보건의료 종사자의 전문가적 발전을 위한 시스템을 변화시키며, 보건의료 종사자의 권리 및 책임에 관한 헌장 초안을 작성하고, 교육 관련 인권 문제에 관심을 가지는 이들이 전문성을 위해 참조할 수 있는 자료로 활용될 수 있다.

OHCHR은 보건의료 종사자를 위한 인권 교육 지침을 제공하게 된 것을 기쁘게 생각하며 추후 본 지침의 개선을 위해 활용될 수 있는 피드백을 환영한다. 본 지침이 OSCE의 인권 약속 이행에 기여하길 바란다.

자네즈 르나치치 대사
유럽안보협력기구 민주제도인권사무소, 소장

도입

가. 보건의료 종사자를 위한 인권 교육의 근거

인권의 향유는 "단순히 질병 또는 질환의 부재가 아닌 완전한 신체적, 정신적, 사회적, 안녕 상태"로 정의된 인간의 건강을 보호하고 증진하기 위한 필수적 상태를 나타낸다.[1] 또한 건강 그 자체는 국제 인권 법에서 확인된 것처럼 다른 인권의 향유를 위해 불가분한 기본적 인권이다.[2] "모든 이의 도달 가능한 최고 수준의 신체적 및 정신적 건강을 향유할 권리"는 깨끗한 물, 위생, 영양 및 적정 주거와 같은 건강에 대한 전제 조건으로 구성된다.[3]

이는 건강과 인권 간의 연관성을 강조한다. 보건 정책과 보건의료 서비스는 인권 및 기본적 권리를 보호할 수 있지만, 한편 그러한 권리의 행사를 방해할 수도 있다. 이와 동시에 모든 개인의 인권 및 기본적 권리에 대한 존중은 진정한 건강을 위해 필수적이며, 인권 침해는 신체적, 정신적 및 사회적 안녕에 직접적으로 영향을 미칠 수 있다.

이러한 건강과 인권 간의 상호적 관계속에서, 건강 증진을 주된 목적으로 하는 보건의료 종사자는 모든 이의 건강 관련 인권을 보호하고 존중하며 증진하는데 있어 핵심적 행위자이다. 인권은 보건의료 종사자와 환자 간의 관계를 발전시키고, 그들의 결정과 상황적 판단이 인권에 영향을 미치는 상황에서 지침을 제공하며, 반드시 기록되고 해결되어야 하는 인권 침해를 인지하도록 도움으로써 보건의료 종사자의 전문가적 실천을 도울 수 있다.[4]

1) "알마아타 선언", 세계보건기구, 1978, 〈http://www.euro.who. int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf〉; "세계보건기구 헌장, 1946, 〈http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ en.pdf〉(알마아타 선언).

2) "경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제 규약", 유엔 인권 최고대표 사무소, 1976년 1월 3일, 제12조, 제1항, 〈http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx〉. 본 조항의 분석을 위해 유엔 경제적, 사회적 및 문화적 권리 위원회의 2000년 8월 11일 "일반 논평 제14호. 도달가능한 최고수준의 건강에 대한 권리" 참조, U.N. Doc. E/C.12/2000/4(일반 논평14), 〈http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En〉. 건강권은 2000년 12월 18일 유럽 연합 기본 헌장에서도 보장됨. 2000/C364/01, 제35조: "모두는 예방 보건과 의학적 치료에서 혜택을 받을 권리를 가진다."

3) 일반 논평14, *op. cit.*, 주석 2, 12항.

4) "모든 사람의 도달 가능한 최고수준의 정신적 및 신체적 건강의 향유에 대한 권리에 관한 특별보고관 보고서", 유엔 인권최고대표 사무소, 2005년 9월 12일, UN Doc. A/60/348, 〈http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/

보건의료 종사자의 전문가적 성과 강화를 위한 이러한 인권 역량을 발전시키기 위해, 보건의료 종사자들은 인권 기준, 원칙 및 가치를 인지하고 이를 그들의 업무에 통합시켜야 한다. 이에 인권은 모든 범주의 보건의료 종사자를 위한 훈련 또는 교육 프로그램의 일환이 되어야 한다.

OSCE의 약속은 인권 교육의 근본적 특성을 확인하고 보건의료 종사자를 포함한 모든 학생 및 전문가 집단을 위한 교육에서의 인권 교육을 장려한다.[5]

유엔의 인권 교육 및 훈련 선언은 모두가 인권 교육에 접근할 수 있어야 한다고 재차 확인한다.[6]

보건의료 종사자를 위한 인권 교육의 필요성은 고문 및 그 밖의 잔혹한, 비인도적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌의 방지에 관한 협약, 비엔나 선언 및 행동계획, 제2차 유엔 세계 인권 교육 프로그램 행동 계획에서 인정된다.[7] 보건의료 종사자를 위한 인권 교육의 중요성은 또한 모든 사람들이 정신적, 신체적으로 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 권리에 대한 유엔 특별보고관,[8] 여성차별철폐위원회,[9] 유네스코의

SRRightHealthIndex.aspx〉(건강에 관한 특별보고관 보고서).

5) "CSCE의 인적 차원에 대한 코펜하겐 회의 문서", 유럽안보협력회의, 코펜하겐, 1990년 6월 5-29일, 16.4항〈http://www.osce.org/odihr/elections/14304〉, (코펜하겐 문서); "비엔나 회의 최종 문서", 유럽안보협력회의, 비엔나, 1989년 1월 19일, 13.4항 - 13.7항, 〈http://www. osce.org/mc/16262〉, (비엔나 문서); "CSCE의 인적 차원에 대한 모스크바 회의 문서", 유럽안보협력회의, 모스크바, 1991년 10월 3일, 42.1-42.6항, 〈http://www.osce. org/odihr/elections/14310〉, (모스크바 문서); OSCE 장관급 회의, 결정 No. 14/06, "포괄적 및 선제적 접근을 통한 노동 착취 등 인신매매 근절을 위한 노력 강화" 브뤼셀, 2006년 12월 5일, 〈http://www.osce.org/mc/23048〉.

6) "인권 교육 및 훈련에 대한 유엔 선언", UN 총회, 2011년 12월 19일, UN Doc. A/RES/66/137, Art. 11, 〈http://daccess-dds- ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/467/04/PDF/N1146704.pdf?OpenElement〉, (인권 교육 및 훈련에 대한 유엔 선언).

7) "세계인권교육프로그램 행동계획 제2기, 유엔 인권최고대표, 2010년 7월 27일, UN Doc. A/HRC/15/28, 〈http://www. ohchr.org/Documents/Publications/WPHRE_Phase_2_en.pdf〉, (세계인권교육프로그램, 행동계획). 세계인권교육프로그램 행동계획 제2기는 다양한 집단의 공무원을 위한 인권 교육 및 훈련에 집중한다.

8) 건강에 대한 특별보고관 보고서, *op. cit.*, 주석 4.

9) CEDAW, 여성 및 건강에 대한 일반 논평 24(1999) 31(f)항. 〈http:// www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm〉.

인권 교육, 정보 및 문서화에 대한 권고[10] 및 시민사회단체[11]에 의하여 강조되었다.

또한, 세계의사회[12]와 국제간호사협의회와 같은 의료 전문가 단체는 보건의료 종사자를 위한 교육에 인권 관련 주제를 포함하길 주장한다.[13]

이러한 지침은 보건의료 종사자를 위한 효과적 인권 교육을 지원하기 위해 개발되었다.

나. 지침을 위한 주요 정의

"보건의료 종사자"라는 용어는 건강 증진이 주된 역할인 모든 사람을 포함한다. 여기에는 공중 보건 종사자, 의료 인력, 보건 정책 종사자, 보건 서비스 관리자, 지역사회 보건 종사가, 보건 교육가 및 민간 보건 종사자가 포함된다.

유엔의 인권 교육 및 훈련 선언은 다음과 같다:

> "인권 교육 및 훈련은 모든 인권과 기본적 자유에 대한 보편적 존중과 준수의 증진을 목적으로 하는 모든 교육, 훈련, 정보, 인식제고 및 학습 활동으로 구성된다. 인권 교육은 지식, 기술 및 이해를 제공하며 보편적 인권 문화 구축에 기여하도록 태도와 행동을 발전시켜 인권 침해 및 남용을 예방한다."[14]

선언은 또한 다음과 같이 주장한다:

인권 교육은 다음을 포함한다:

10) "인권 교육, 정보 및 문서에 대한 몰타 권고", 유네스코, 1987, "유엔 인권 교육을 위한 10년, No.3. 인권 교육에 대한 권리", 유엔, 제네바, 1999, 76-91쪽.〈http://www.ohchr.org/Documents/Publications/ RightHReducationen.pdf〉.

11) "엠네스티 인터내셔널은 간호사 및 조산원에 대한 강화된 인권 교육을 촉구한다", 엠네스티 인터내셔널, 간호 윤리, 2006년 5월 18일, Vol. 12, No. 6, 2005, 649 - 650쪽, 〈http://www.amnesty.org/en/library/asset/ACT75/002/2005/en/4ec594ad-d4ea-11dd- 8a23-d58a49c0d652/act750022005en.html〉.

12) "전세계 의대 커리큘럼의 의료 윤리 및 인권 포함을 위한 결의안" 세계의사회, 51차 연례총회, 1999년 10월, 〈http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e8/〉.

13) "입장 표명: 간호사와 인권", 국제간호사협회(INC),1998년 채택, 2006년 검토 및 수정 〈http://www.icn.ch/publications/position-statements〉.

14) 인권 교육 및 훈련에 대한 유엔 선언, *op. cit.*, 주석 6.

a) 인권 규범 및 원칙, 이를 뒷받침하는 가치와 보호를 위한 메커니즘을 포함하는 인권에 대한 교육;

b) 교육자 및 학습자의 권리를 존중하는 학습 및 가르침을 포함하는 인권을 통한 교육;

c) 개인이 스스로의 권리를 향유 및 행사하며 타인의 권리를 존중할 수 있도록 하는 것을 포함한 인권을 위한 교육[15]

인권 교육은 다음의 방식으로, 그리고 다음을 이유로 의료법, 의료윤리 및 생명윤리 교육을 보완한다:

- 인권은 의료법의 근간이다;
- 인권은 건강 문제에 대한 정책 개발의 기준점이다;
- 인권은 보건의료 종사자가 윤리적 결정과 상황적 판단을 할 수 있는 틀을 제공한다;
- 의료 윤리 및 생명윤리와는 달리 인권은 국제법적 의무의 일환으로 모든 국가 및 비국가 행위자를 포함한 국가를 대신한 행위자에 대해 구속력을 갖는다.

이에, 의료 윤리, 생명 윤리 및 의료법의 과정은 보건의료 종사자를 위한 인권 교육을 대체할 수 없다.

다. 지침 개발을 위한 절차

ODIHR은 2010년 9월 16~17일 이스탄불, 2011년 8월 22-23일 제네바, 2011년 11월 7~8일 및 2012년 7월 30~31일 바르샤바에서 열린 워크숍에 대한 후속조치로 인권 교육에 대한 본 지침의 개발을 시작했다. 본 지침은 보건의료 종사자를 위한 양질의 인권 교육 프로그램 개발을 목표로 진행 중인 논의를 반영하여 계속 발전할 것이다.

보건의료 종사자를 위한 인권 교육 지침은 보건의료 종사자, 학계, NGO 전문가 및 정

15) *Ibid.*

부간 기구 대표와 같이 해당 분야의 오랜 경험을 가진 이들과의 긴밀한 협력을 통해 개발되었다. 초안은 이스탄불 워크숍 후 조직된 실무그룹과의 협력을 통해 작성되었다. 본 지침의 최종본은 모든 OSCE 지역을 대표하는 실무자들이 제공한 정보를 기반으로 작성되었다. 이들은 본 지침의 감사의 말 부분에 나열되어 있다.

본 지침은 WHO를 포함하여 유엔뿐만 아니라 미주보건기구(PAHO)와 같은 지역적 인권 기구 및 그 밖의 기관에 의해 공포된 주요 정책 및 자원 문서를 참고하여 개발되었다.

보건의료 종사자를 위한 인권 교육 지침은 OSCE 인권 약속, 유럽평의회를 포함한 그 밖의 지역적 인권 기준 및 메커니즘과 주요 국제 인권 규범 및 그 모니터링 기구의 규범적 체제에 기반한다: 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제 규약(ICCPR), 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제 규약(ICESCR) 모든 형태의 인종 차별 철폐에 관한 국제 협약(ICERD), 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약(CEDAW), 고문 및 그 밖의 잔혹한, 비인도적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌의 방지에 관한 협약(CAT), 아동의 권리에 관한 협약(CRC), 이주노동자 및 그 가족의 권리 보호에 관한 국제협약(ICRMW), 장애인 권리에 관한 협약(CRPD), 강제실종으로부터 모든 사람을 보호하기 위한 국제협약(CPED).

라. 지침의 예상 사용자

본 지침은 인권 역량을 강화하고자 하는 보건의료 종사자, 교육, 의료 및 공중 보건 분야의 정책 입안자, 보건의료 종사자 교육 담당자, 대학 및 그 밖의 의대 교수진, 교육 프로그램 개발자 및 보건의료 종사자를 위한 교육 커리큘럼의 계획, 전달 및 평가에 관여하는 모든 이해관계자를 대상으로 한다. 정부가 인권 교육 전달의 책임을 지기에, 그러한 프로그램의 이행이 보건의료 종사자를 위한 지속가능한 인권 교육을 보장하는 법적 또는 정책

적 체제 내에서 이뤄질 것이라 추정된다.

본 지침은 모든 보건 서비스나 건강 제품을 생산하는 개인과 기업 그리고 보건의료 종사자를 교육하는 민간의료기관 및 관련 대학에 동일하게 적용된다. 또한 보건의료 종사자와 함께 일하거나 이들의 성과를 감시하는 시민사회단체에도 해당된다.

마. 지침의 목적

보건의료 종사자를 위한 인권 교육 지침은:

- 모두의 도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리 실현을 지지하고;
- 인권, 특히 도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리의 기본 요소와 보건 업무 맥락에서의 의미를 보여주며;
- 보건의료 종사자의 일상 업무에서 인권 교육 프로세스 및 인권 문제에 대한 인식 구축을 용이하게 하고;
- 교육 프로그램을 개발하는 이들을 위한 양질의 인권 교육에 대한 참고가 되며;
- 인권 교육 학습자의 성과를 설명하고(특히 지식 및 이해, 가치 및 태도, 기술 등의 분야);
- 보건의료 종사자를 위한 인권 교육을 제공하기 위해 교육 담당자를 위한 효과적 프로그램 개발을 지원하며;
- 인권 준수 및 증진의 경과를 평가하는 기준점이 되고;
- 보건의료 종사자를 위한 양질의 인권 교육의 지속적 발전을 도모한다.

본 지침은 보건의료 종사자를 위한 인권 교육에서 사용될 수 있는 원칙과 그러한 노력의 효율성을 평가하기 위한 기준을 제시한다. 의도적으로 지침은 포괄적으로 작성되었으며 특정 예시를 포함하지는 않는다.

바. 지침의 적용

보건의료 종사자들은 비록 매순간 전문가적 활동에서 인권 문제를 적절하게 인식할 수 없겠지만, 그들의 일상적 업무에서 인권 문제를 직면하게 된다. 인권 기반 교육이 실행 업무와 괴리되지 않도록 하기 위해, 인권을 별도의 과목으로 가르치기 보다는 범교과목 주제로 포함하는 것이 유리하다. 본 지침은 근무 전 및 근무 중 교육을 포함하여 모든 보건의료 종사자를 위한 필수 과목 및 전문성 증진과 경력 향상 훈련으로서 법률 및 윤리 관련 교육 과정을 보완하는 인권 교육의 도입을 지지한다. 교육 기관은 보건의료 종사자에게 지속가능한 양질의 인권 교육을 제공하는데 있어 중요한 역할을 수행한다. 인권 가치가 학습 환경의 문화와 관행을 융합하여 인권이 교육 시스템에서 "살아있는" 경험이 되도록 하는 것이 중요하다. 학습자, 교육자 및 공동체 구성원의 존엄성이 온전히 존중되어 학습자가 그들의 전문가적, 및 개인적 생활에서 인권을 존중하고 적용할 수 있도록 동기를 부여해야 한다.

본 지침은 다음과 같은 학계 및 전문가 보건 단체의 모든 영역에서 인권 기준의 통합을 강화하는 것을 목표로 한다.

- **연구 및 교육:**
  - 학부 및 대학원 학생과의 협력;
  - 과정, 강의 및 세미나 계획, 실시 및 평가;
  - 현장 실습 수행;
  - 인턴십 프로그램 개발.
- **옹호:**
  - 건강과 인권 주제에 대한 인식 제고;

- 보건법 및 관행과 보건의료 종사자의 전문성 개발 시스템의 변화 촉진;
- 전문가 윤리와 행동강령, 고용주를 위한 업무 규약 및 보건의료 종사자 권리와 의무 헌장 검토 및 초안 작성.

전문성:

- 보건 관련 업무 분야에 종사하고자 하며 이를 위한 역량이 부족한 조직의 역량 강화;
- 공정하고 효과적인 공중 보건 정책 및 프로그램의 개발 및 이행 증진;
- 보건 업무의 인권 규범, 원칙 및 기준의 통합에 대한 책임성 강화;
- 보건의료 종사자에 의한 인권 침해의 조사 및 기록 강화;
- 상담 서비스 및 기술적 지원 제공;
- 컨퍼런스, 워크숍 및 교육 세션을 통한 지식 공유.

본 지침은 보건의료 종사자가 근무하는 구체적 상황, 예를 들면, 문화적 맥락, 인권 관련 개인의 경험 및 인권 교육이 진행될 학습 환경의 정치적, 역사적 특징 등을 모두 고려할 수는 없다. 또한 분쟁 중, 분쟁 후 및 재난 후 상황에서 학습하는 이들과 같이 모든 학습자의 특별한 요구와 취약성을 다룰 수는 없다. 교육 담당자와 인권 교육을 고안하는 이들은 그러한 필요, 상황 및 민감성을 고려하여 인권 교육이 가장 효과적이고 학습자들의 역량을 강화할 수 있는 방식으로 진행되도록 해야 한다.

마지막으로, 본 지침은 정형화된 것은 아니다. 오히려 보건의료 종사자를 위한 교육 프로그램의 질을 측정하기 위한 척도이며 보건의료 종사자를 위한 인권적 모범 사례를 준수하는 교육 프로그램을 시작하고 수행하는 이들을 지원하기 위한 도구이다.

사. 지침의 구성

본 지침은 여섯 부분으로 구성되어 있다.

1. **전반적 과정 및 목표,** 인권 교육의 전반적 과정 및 목표가 인권 기반 접근을 반영하도록 보장함.
2. **핵심 역량,** 학습자 발전에 필수적인 역량을 보여주는 핵심적 결과를 파악함.
3. **커리큘럼,** 공식 및 비공식적인 모든 학습 활동을 위한 교육 및 훈련 프로그램을 개발함.
4. **교육 및 학습 절차,** 과정이 학습자 중심적이고(학습자의 실제 경험에 관련함) 참여적이며 포용적이고 인권을 존중하는 학습 환경에서 진행되도록 보장함.
5. **평가,** 교육 프로그램이 적절한 방식을 통해 주기적으로 평가되도록 보장함.
6. **교육자를 위한 훈련, 전문성 개발 및 지원,** 교육 종사자가 정기적으로 사전 및 업무 중 훈련 및 지원을 받도록 보장함.

본 지침은 또한 지침 사용자가 보건의료 종사자를 위한 인권 교육을 계획, 이행 및 평가하는데 있어 참고할 수 있는 참고자료 섹션을 포함하고 있다. 이는 다음의 범주에 따라 정리되어 있다.

- 보건의료 종사자를 위한 인권 교육 및 훈련 자료;
- 건강과 인권에 대한 자료;
- 인권과 건강에 대한 온라인 학습 과정 및 보건의료 종사자를 위한 인권 교육 훈련;
- 보건의료 종사자와 연관 있는 인권 교육 정책 문서.

1. 전반적 과정 및 목표

주요 목적: 인권 교육의 전반적 과정 및 목표가 인권 기반 접근법을 반영하도록 한다.

인권 교육에 대한 인권 기반 접근법은 정책 수립, 교육 행사 및 프로그램 계획, 고안, 이행, 모니터링 및 평가에 대한 인권 원칙 통합을 수반한다. 이러한 접근법은 그 결과가 건강권 향유의 증진과 명시적으로 연관될 것이라는 기대와 함께 작동한다. 또한 인권 기반 접근법은 교육 기관이 이러한 원칙을 그들의 조직 및 관리 업무에 반영한다는 것을 의미한다.

인권 원칙은 다음과 같다:

- 보편성 및 양도불가성;
- 불가분성;
- 상호의존성 및 상호연관성;
- 평등 및 비차별;
- 참여와 포용;
- 책임 및 법치주의.[16]

가. 인권 교육 프로그램의 인권 기반 접근

보건의료 종사자를 위한 모든 교육 과정은 인권 및 존엄성에 기반한 전문가적 실천을 가능하게 하기 위해 인권 원칙, 가치 및 규범을 통합한다.

교육 과정은 국가적, 지역적 및 현지 차원의 다양한 이해관계자와의 협의를 통해 고안되고 이행되었으며, 정부, 법률, 교육 및 시민사회 단체의 관심과 기대를 반영하였다. 여러

16) 비엔나 문서, *op. cit.*, 주석 5, 11 - 12항; 유엔, "개발 협력과 프로그래밍을 위한 인권 기반 접근법에 대한 공동의 이해에 관한 유엔 성명" 2003 〈http://hrbaportal.org/?page_id=2127〉.

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

시민사회 행위자의 의미있는 참여와 협의는 인권 기반 접근법에 근거한 교육 프로그램의 개발과 이행의 핵심 요소이다.

인권 교육 프로그램 계획은 보건의료 종사자 및 사회가 직면하는 주요 인권 난제의 파악을 수반한다.

프로그램의 목적은 인권 실현의 증진이며, 관련 인권 기준 및 문서와 연관된다.

그 결과, 인권 기반 접근법을 사용하여 개발된 인권 교육 프로그램은 정책, 법률, 계획, 프로그램, 할당된 자원 및 업무의 개선을 통해 그들의 인권 의무를 다할 수 있도록 보건의료 종사자의 역량을 강화하며 보건의료 종사자들이 전문가 및 개인적 생활에서 변화를 가져올 수 있도록 한다. 인권 훈련 프로그램은 또한 타인, 특히 인종, 피부색, 젠더, 언어, 정치적 또는 기타 의견, 종교, 국가적 또는 사회적 출신, 재산, 출생, 연령 또는 기타 지위에 기반하여 소외되거나 차별받은 이들의 권리 존중, 보호 및 이행을 위한 이해와 역량을 강화시키며 자신의 권리를 주장할 수 있도록 한다.[17]

교육 프로그램의 목적은 결과에 기반하고 측정가능하며, 사회 모든 구성원의 인권 실현을 위한 행동을 독려하는 것이다.

프로그램이 성공적이기 위해서는 인권 교육을 위해 정부가 충분하고 지속적인 자원(시간, 재정 및 인적 자원)을 배정해야 한다.[18]

나. 교육 기관의 인권 기반 접근법

인권 기반 접근법은 교육 기관의 업무 방식에 적용된다. 이러한 기관은 그들의 조직

17) OSCE 비엔나 문서, *op. cit.*, 주석 5, 13.7항; 일반논평No. 20, "경제적, 사회적 및 문화적 권리에서의 비차별(제2조 제2항)", UN 경제적, 사회적 및 문화적 권리 위원회, 2009년 6월 10일, UN Doc. E/C.12/GC/20. "시민적 및 공적 서비스를 위한 인권 지침" 아일랜드 인권위원회, 2010, 12쪽, 〈http://www.ihrc.ie/download/pdf/ihrc_human_rights_ guide_2010.pdf〉.
18) WPHRE, 행동계획, *op. cit.*, 주석 7, 42쪽.

구성, 과정 및 절차에서 교육받는 모든 보건의료 종사자와 교육 인력의 비차별 및 포용, 존엄성 및 존중, 책임성, 참여 및 역량 강화를 포함한 권리 기반 원칙을 증진한다.

관련 기관에서 실시하는 교육은 학습자와 교육 인력의 인간 존엄성을 확인하는 과정의 참여, 자기 표현, 소통, 협력 및 팀워크와 규율을 촉진한다.

2. 핵심 역량

주요 목표: 지식과 이해, 태도, 가치 및 기술을 포함하여 분명하게 확립된 학습 결과가 교육 인력의 커리큘럼 개발, 교육, 학습 및 평가 과정 및 준비를 안내하도록 보장한다.

여기에 제시된 바람직한 핵심 역량 또는 학습자 결과는 보건의료 종사자를 위한 인권 교육 설계에 사용되도록 의도된 것이다.

역량은 다음의 세가지 항목으로 분류된다.

- 지식 및 이해;
- 태도 및 가치;
- 기술.

이러한 역량은 개별적으로 제시되지만, 때때로 서로 연결되어 있으며, 교육 프로그램을 전달하고 평가할 때 혼합되기도 한다. 역량은 특정 순서 또는 우선순위를 가지지 않는다. 습득해야 할 관련 역량의 선택(교육과정 또는 커리큘럼의 목표로)은 참여자의 구체적 상황 및 필요에 기반하여 교육 인력에 의해 수행된다.

관련된 인권 훈련을 통해 이론적 지식을 실천과 관련된 기술로 전환하는데 특히 주의

를 기울인다.

가. 지식 및 이해

학습자가 다음을 인지하고 이해한다:

1) 인권의 법적 및 철학적 기반

- 인권의 역사 및 철학; 인권의 기능, 인권의 윤리적, 법적 및 정치적 정당성; 변화하는 인권 체계의 특성; 세계인권선언;
- 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않는 국제 및 지역 인권 조약 및 관련 판례법에 정의된 인권 원칙 및 인권 규범: 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제 규약; 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제 규약; 모든 형태의 인종차별철폐에 관한 국제 협약; 고문 및 그 밖의 잔혹하고 비인도적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌의 방지에 관한 협약; 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약; 아동의 권리에 관한 협약; 모든 이주노동자와 그 가족의 권리보호에 관한 국제 협약; 강제실종으로부터 모든 사람을 보호하기 위한 국제 협약; 장애인의 권리에 관한 협약; 제네바 협약; 인권 및 기본적 자유보호를 위한 조약(ECHR); 유럽연합 기본 권리 헌장; 유럽 사회 헌장; 유럽 평의회 인권 및 생체 의학에 관한 조약; 미주 인권 협약; 유럽 내 환자의 권리에 대한 WHO 선언;
- 현재 유보되어 있는 조약들을 포함한 국제 및 지역 조약 비준 상태;
- 인권 관련 국가 법률(예: 헌법, 국가 의료법 등);
- 인권법 상 국가의 의무의 특성;
- 인권, 특히 모든 사람의 도달 가능한 최고 수준의 신체적 및 정신적 건강 향유에 대

한 권리의 실현을 위한 제약 회사 또는 의료 보험 회사와 같은 민간 분야의 책임[19];

- 국제적(예: 유엔 인권 기구, 모든 사람의 도달 가능한 최고 수준의 신체적 및 정신적 건강 향유에 대한 권리에 관한 특별 보고관 등 건강에 영향을 미치는 유엔 특별 절차 임무), 지역적(예: OSCE, 유럽 연합, 미주기구, 유럽 평의회 및 유럽 인권 재판소) 및 국가적(예: 국가인권기구) 인권 메커니즘;
- 보건의료 종사자 협회 또는 환자권리 옹호 단체와 같이 건강 문제와 관련한 의무 또는 특정 주제에 집중하는 시민사회, 언론 및 기타 조직의 인권 관련 역할;
- 인권 침해의 정의, 인권 침해로 이어지는 고정관념과 편견의 영향을 포함한 인권 침해의 근본 원인 및 개인, 가족, 사회에 대한 특히 건강 관련 인권 침해의 신체적 및 심리적 결과.

2) 건강과 인권 간의 연관성

- 인간의 본질적 존엄성 및 인종, 피부색, 젠더, 언어, 정치적 및 기타 견해, 종교, 국가 및 사회적 출신, 재산, 출생, 연령 또는 기타 지위에 상관없이 모든 상황에서 그러한 존엄성을 보호해야 할 필요성;[20]
- 건강권 및 관련 국가 의무의 점진적 실현이라는 개념;
- 건강 및 인권에 대한 교육, 의료접근권, 분배적 정의, 치료의 표준 및 삶의 질을 포함한 보건인력 대상 적절한 교육을 제공할 국가의 의무;
- 인권 규범 및 보건의료 종사자의 의무와 관련한 특정 규범 간의 연결(예: 국가

19) "인권 및 다국적 기업 문제에 대한 사무총장 특별 대표의 보고서, 기업과 인권 이행지침:유엔의 "보호, 존중 및 구제" 프레임워크의 이행", 유엔, 2001년 3월 21일 , UN Doc. A/HRC/17/31; "모든 사람의 도달가능한 최고 수준의 신체적 및 정신 건강 향유에 대한 권리에 관한 특별보고관 보고서, 부록 ' 의약품에 대한 접근과 관련한 제약회사를 위한 인권 지침", 2008년 8월 11일, UN Doc. A/63/263 참조.

20) "헬싱키 협정", 헬싱키, 1975, VII, 〈http://www.osce.org/mc/39501〉.

의료법 또는 보건의료 종사자에 대한 관련 윤리 강령)[21];

- 보건의료 종사자의 일상 업무와 대중적 법정 의무 수행에 대한 법적 및 윤리적 참조로서의 인권(즉, 아동 및 청소년, 노인, 피구금인, 소수자, 원주민, 망명 신청자 및 기타 이주민, 신체 및 정신 장애인, 특히 고문 피해자를 포함한 인권 침해 피해자 및 그들의 권리를 표현하거나 공식화할 수 없는 모든 사람과 관련한 것);
- 건강에 영향을 미치는 인권 침해 예방 및 대응을 위한 보건의료 종사자의 역할과 같이 보건 분야가 인권에 미치는 영향[22]과 악화된 건강이 공동체의 문화적, 시민적, 정치적 생활에의 참여와 같은 인권에 미치는 영향;
- 기후 변화, 자연 재해, 전쟁, 산업 및 농업 오염으로 인한 환경 파괴가 건강에 미치는 영향[23];
- 인권 침해가 건강에 미치는 영향(예: 여성에 대한 폭력이 여성 및 아동에 미치는 영향 또는 인신매매가 피해자의 건강에 미치는 영향)[24];
- 인권 침해 기록 및 보고와 예방에 있어 환자의 이익을 고려한 보건의료 종사자의 법적, 윤리적 의무;
- 생명 과학 및 관련 생체 기술과 관련한 인권[25];

21) WHO, "국제 건강 연구의 윤리 문제 사례집"(WHO, 2009), 〈http://www.who.int/rpc/publications/ethics_casebook/en/index.html〉; "3차 총회, 국제 의료 윤리 강령", 세계의사회, 런던, 1949, 〈http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/〉; and "간호사를 위한 윤리 강령", 국제간호사협회, 1953년 채택, 2012년 수정, 〈http:// www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses〉.

22) 팻 마이어스, "간호 커리큘럼의 인권 및 보건 소개", 큐라티오니스, Vol. 30 No. 4, 2007, 53 - 60쪽, 〈http://curationis.org.za/index.php/ curationis/article/view/1117/1052〉; "국제의료협회 도쿄 선언. 구금 및 투옥과 관련한 고문 및 그 밖의 잔혹한, 비인도적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌에 대한 의사를 위한 지침" WMA, 1975년 10월, 〈http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c18/〉.

23) OSCE 각료회의, 제11차 회의 문서 "21세기 안보 및 안정성에 대한 위협 해결을 위한 OSCE 전략", 마스트리흐트, 2003년, 14항. 〈http://www.osce.org/mc/17504〉.

24) OSCE 각료회의, 결정 No. 2/03, "인신매매 근절을 위한 OSCE 행동계획" 부록, 마스트리흐트, 2003년 7월 24일, 4.4항, 〈http://www.osce. org/pc/42708〉.

25) "생체윤리 및 인권에 대한 보편적 선언", UNESCO, 파리, 2005, 〈http://portal.unesco.org/shs/en/ev.php-URL_ID=1883&URL_DO=DO_TOPIC&URL_ SECTION=201.tml〉; "국제 보건 규정", WHO, 2005, 〈http://www.who. int/ihr/en〉(WHO); "인간이 대상이 되는 생체의학 연구를 위한 국제 윤리 지침", 국제 의과학기구 협의회, 제네

- 건강 관련 인권 침해에 관한 정부의 책임 및 보건 관련 인권 문제에 관한 새로운 법과 판례법;
- 권리에 대한 적법한 제한(시라쿠사 원칙 및 국제 인권 규범, 특히 공중 보건 위기와 관련한 제한 조항), 이는 개인의 권리 및 타인의 권리 간의 갈등이 있는 경우 적용 가능하다(예: 전염병 대유행의 경우)[26];
- 대중의 전반적 건강 보호 또는 질병의 국제적 확산 시 공중보건[27];
- 보건 정책과 인권 간의 일관성;
- 건강권 및 기타 건강 관련 권리;
- 도달 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리[28];
- 식품, 영양, 주거, 안전하고 식수 및 적절한 위생에 대한 접근, 안전하고 건강한 근무 환경 및 건강한 환경과 같은 건강의 기본 요건으로 확장된 건강권[29];
- 건강권의 요소(모든 보건 시설, 물품 및 서비스와 관련): 가용성(보건 시설, 물품 및 서비스), 접근성(비차별, 물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성), 허용가능성(의료 윤리를 존중하고 문화적으로 적절하며 젠더 및 삶의 주기의 요건에 민감한), 질(과학적 및 의학적으로 적절하고 품질이 좋음)[30];
- 건강권과 그 밖의 권리 간의 상호 연관성 및 상호 의존성;

바, 2002, 〈http://www.cioms.ch/publications/frame_available_publications.htm〉(CIOMS); "생물학 및 의학의 적용에 관한 인간의 인권 및 존엄성 보호를 위한 협약: 인권 및 생체의학 협약", 유럽 평의회, 1997년 4월 4일, 〈http://conventions.coe.int/Treaty/en/ Treaties/html/164.htm〉(유럽 평의회).

26) 모스크바 문서, *op. cit.*, 주석 5, 28.1항; "국제 보건 규정", WHO, 2005, 〈http://www.who.int/ihr/en〉; "시민적 및 정치적 권리의 제한 및 훼손 규정에 대한 시라쿠사 원칙", UN 인권위원회, 1984년 9월 28일, UN. Doc. E/CN.4/1985/4, 〈http:// www.unhcr.org/refworld/docid/4672bc122.html〉. 시라쿠사 원칙의 분석을 위해 Sara Abiola 의 "시민적 및 정치적 권리의 제한 및 훼손 규정에 대한 시라쿠사 원칙: 공중 보건 맥락에서의 역사와 해석", 개방형 사회 기구의 공공 보건 프로그램 법 및 보건 이니셔티브, 하버드, 2011년 참조.

27) WHO, *op. cit.*, 주석 26.

28) 일반논평 14, *op. cit.*, 주석 2, 4항.

29) *Ibid.*

30) *Ibid.*, 12.항.

- 환자 및 그 밖의 개인과 그들의 가족 구성원 및 공동체 구성원의 권리[31];
- 정보에 기반한 동의를 포함한 자기 결정 및 자율에 관한 권리(치료 또는 영양을 선택 또는 거부할 권리, 개인의 건강에 대한 의사결정에 참여할 권리, 보건 서비스에 대해 항의할 권리);
- 특히 취약 및 소외계층에 대한 임상 연구의 제한 또는 금지를 포함한 인간 연구 및 유전 공학에 관한 권리[32];
- 정보에 대한 권리(개인의 임상 기록에 대한 접근을 포함);
- 존엄성 및 존중으로 대우받을 권리;
- 가족 계획, 피임 및 임신[33]과 같은 성적 및 재생산 권리[34];
- 고문 및 그 밖의 잔혹하거나 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처우로부터의 완전한 금지, 보건의료 종사자의 고문 및 체벌[35] 참여의 금지, 유해한 전통적

31) 알마아타 선언, *op. cit.*, 주석 1; "유럽 환자 권리 헌장", 적극적 시민 네트워크, 로마, 2002, 〈http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/ mobility/docs/health_services_co108_en.pdf〉; WHO, "환자의 권리에 대한 유럽 회담, '유럽 내 환자 권리 증진을 위한 선언", 암스테르담, 1994년 6월 28일, 〈http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994. pdf〉; WHO 홈페이지의 환자권리에 관한 다수의 국내 문서 참조. 〈http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/〉.

32) "전염병학 연구를 위한 국제 윤리 지침", 국제 의과학기구 협의회 2009, 〈http://www.cioms.ch/ publications/frame_available_publications.htm〉; 유럽 각료 회의, 권고 No. R(98) 7, "교도소 내 의료에 대한 윤리적 및 조직적 측면"(1998년 4월 8일); 세계의사회, "헬싱키 선언", 1964년 채택, 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008년 수정, 〈http://www. wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/index.html〉; UNESCO, 유럽연합 의회, 결의 1247(2001), "여성할례", 2001년 5월 22일, 〈http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta01/eres1247. htm〉; 입장 표명, "피구금인 및 재소자의 돌봄에 대한 간호사의 역할" 국제간호사협회(ICN), 1998년 채택, 2006년 검토 및 수정,〈http://www.icn.ch/publications/position-statements〉.

33) UN 일반 논평14, *op. cit.*, 주석 2, 13 - 17항. "성적 권리: IPPF 선언", 국제계획부모연합, 〈http://www.ippf.org/en/Resources/Statements/Sexual+rights+an+IPPF+declaration.htm〉; "국제인구개발회의 보고서", 유엔 인구 정보 네트워크, 1994년 8월 18일, U.N. Doc. CONF.171/13.

34) 건강 특별보고관 보고서, *op. cit.*, 주석4.

35) OSCE 코펜하겐 문서, *op. cit.*, 주석 5, 16.4항; OSCE 비엔나 문서, *op. cit.*, 주석 5, 23.6항; "전시 중 민간인 보호 관련 협약(IV) ", UN, 1949년 8월 12일; UN 총회, 결의안. 37/194, "의료윤리 원칙", 1982년 12월 18일, UN Doc. A/RES/37/194, 〈http://www.un.org/ documents/ga/res/37/a37r194.htm〉; "입장 표명: 고문, 사형 및 집행의 간호사 참여", 국제간호사협회(ICN), 1998년 채택, 2006년 검토 및 수정. 〈http://www.icn.ch/publications/position-statements〉; 던칸 포레스트, 의사와 고문(후레트:고문으로부터의 자유, 1998), 〈http://www.freedomfromtorture.org/document/publication/5570〉.

관행[36]의 수행 또는 참여의 금지, 불필요한 신체적 및 정신적 고통을 야기하는 의료 장비 사용의 금지를 포함한 신체적 완전성에 대한 권리;

- 사생활에 대한 권리(의학 정보의 기밀성 포함);
- 자유에 대한 권리(환자의 입원 절차와 관련);
- 통증 치료에 적절하게 접근할 치료 권리;
- 장애인의 건강권;
- 보건정책 수립에 참여할 권리;
- 보건 계획, 이행 및 모니터링에 대한 인권적 접근[37];
- 보건 계획, 이행 및 모니터링과 그 밖의 보건 개입의 인권 기반 접근 원칙.

3) 평등과 비차별

- 인종, 피부색, 젠더, 언어, 정치적 및 기타 견해, 종교, 국가적 또는 사회적 출신, 재산, 출생, 연령 또는 그 밖의 지위(HIV/AIDS와 같은 만성 또는 감염질환으로 고통받는 개인 등)에 기반한 차별의 금지를 포함한 기본적 인권 원칙으로서의 평등, 비차별, 참여 및 포용[38];
- 아동 및 청소년, 노인, 피구금인, 소수자, 망명 신청자 및 기타 이주민, 신체 및 정신

36) OHCHR, UNAIS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, " 여성할례근절, 범기관 성명", 세계보건기구, 2008, 〈http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng. pdf〉; UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO,FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA, "의료 제공자들이 여성할례를 수행하는 것을 중단하기 위한 국제 전략", World Health Organization, 2010, 〈http://whqlibdoc.who. int/hq/2010/WHO_RHR_10.9_eng.pdf〉;입장 표명, "여성할례근절", 국제간호사협회(ICN), 1995년 채택, 2004, 2010년 검토 및 수정 〈http://www.icn.ch/publications/position-statements〉.

37) "보건에 대한 인권 기반 접근", WHO, 〈http://www.who.int/hhr/news/hrba_ to_health2.pdf〉; WHO, UNOHCHR, SIDA, "보건 전략의 인권 및 젠더 평등: 정책 일관성 평가", WHO, 2011, 〈http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRandGenderEqualityinHealthSectorStrategies.pdf〉.

38) OSCE 각료회의 결정 No. 6/02 "관용과 비차별", 포르토, 2002년; OSCE 각료회의 결정 o. 15/05 "여성 폭력 예방 및 근절," 류블랴나, 2005; UN CESCR, *op. cit.*, 주석 17, 33항; 국제간호사협회(ICN), 입장표명, "HIV 감염 및 에이즈"(1989년 채택, 1995, 2000, 2008년 검토 및 수정) 〈http://www.icn.ch/publications/position- statements〉; UNAIDS, 제26차 UNAIDS 프로그램 조정 위원회, " HIV 대응의 비차별", 2010년 6월 22-24일, 〈http://date.unaids.org〉.

장애인, 인권침해 피해자(특히 고문 피해자)와 같은 취약계층의 대우와 급, 만성 질병으로 인해 그들의 권리를 주장하거나 표현할 수 없는 이들의 보호;

- 비정규 상황에 놓인 이주민이 필요한 의료에 접근할 최소한의 권리, 비정규 상황의 이주 여성이 일차 및 이차 산전, 산후 치료에 접근할 권리, 이주 아동이 국적자와 동일한 의료 서비스를 받을 권리[39];
- 신원 증명과 같은 의료를 위한 자격 요건은 치료의 연속성을 보장하기 위해 필요한 경우에만 제한[40];
- 의학적 치료와 관련된 정보를 환자가 이해할 수 있는 언어로 제공;
- 평등 보장을 위한 수단으로서 모든 활동이나 계획에서 젠더 관점을 통합하는 것의 중요성[41].

4) 보건의료 종사자의 직무 수행과 관련한 권리

- 공정하고 우호적이며 안전한 업무 환경에 대한 권리, 노조 및 단체를 수립하거나 참여할 권리와 같은 직무 관련 권리[42];
- 직무로 발생하는 간접적 트라우마 및 공감 피로의 관리에 대해 치료받을 권리.

나. 태도 및 가치

학습자는 활동 및 행동을 통해 다음을 보여준다:

39) "비정규 상황의 이주민: 10개 유럽연합 회원국에서의 의료에 대한 접근", 유럽연합기본권청(FRA), 2011, 〈http://fra.europa. eu/sites/default/files/fra_uploads/1771-FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular- migrants-healthcare_EN.pdf〉.

40) *Ibid*.

41) OSCE 각료회의, 결정 No. 14/04 "젠더 평등 증진을 위한 OSCE 행동계획", 소피아, 2004년 12월 7일, 〈http://www.osce.org/mc/23295〉.

42) OSCE 코펜하겐 문서, *op. cit.*, 주석 5, 9.3항; "제63차 세계 보건 총회, 보건 인력의 국제적 채용 관행에 대한 국제 강령" WHO, 2010년 5월 21일, 〈http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/〉.

- 모든 사람의 존엄성과 인권에 기반한 스스로를 위한 존중 및 환자와 보건의료 종사자의 영향권 내에 있는 이들에 대한 존중;
- 환자, 동료 및 그 밖의 개인에 대한 비판단적이고 비차별적인 접근;
- 인종, 피부색, 젠더, 언어, 정치적 또는 그 밖의 견해, 종교, 국가적 및 사회적 출신, 재산, 출생, 연령 또는 그 밖의 지위에 근거한 차별의 금지를 포함한 다양성의 존중.
- 여성의 평생 건강에 관한 인권에 대한 지지적인 태도[43];
- 아동 및 연령 인지적 태도;
- 개인의 내재적 편견에 대한 인지 및 이를 극복하기 위한 노력과 다짐;
- 보건의료 종사자로서 자신의 전문적 성과에 대한 문화적 및 그 밖의 맥락의 이해에 대한 개방성;
- 타인을 지지하고 이해하는 태도;
- 소외 계층 및 취약 계층[44]에 대한 공감[45]과 관심;
- 인권 침해로 고통받는 이를 위한 공감과 모든 범죄 및 인권 침해 피해자 지지에 대한 자기 확신;
- 완전성, 독립성 및 진실성;
- 인권의 존중, 보호, 증진 및 이행에 대한 의무 수임자의 의무 이행 및 책임 있고 투명하며 효율적이고 효과적인 방식으로의 직무 수행에 대한 자신감;
- 인권을 지속하고 보호하며 권리가 침해되는 경우 방관자가 되지 않겠다는 약속을 통한 인권 문화 구축 및 건강권의 실현에 대한 리더십, 개인적 및 전문가적 참여;

43) "일반권고 24 여성 및 보건", UN 인권최고대표사무소, CEDAW, 2 May 1999년 5월 2일, 〈http://www.unhchr.ch/tbs/doc. nsf/(Symbol)/77bae3190a903f8d80256785005599ff〉; 일반논평14, *op. cit.*, 주석 1.

44) 동정, 공감, 비-판단, 온기를 포함하는 연민의 원칙. 폴 길버트 "연민과 잔혹함: 생심리사회적 접근": 폴 길버트, 연민 ; 심리치료의 개념화, 연구 및 활용(런던: 루트리지, 2005).

45) OSCE 각료회의, 결정 No. 3/03 "OSCE 지역의 로마와 신티의 상황 개선을 위한 행동계획". 61(b), 62, 63항 〈http://www. osce.org/odihr/17554〉.

- 인권 가치 및 원칙을 반영하는 방식으로 개인 및 팀 성과를 개선하기 위해 피드백을 받고 반영할 준비성 및 개방성;
- 인권 보호 및 증진을 위해 타인과 협력하고 개인의 환경을 넘어서 일할 관심;
- 공적 책임과 환자의 신뢰를 증진하기 위해 개방되고 투명한 방식으로 일할 의지.

다. 기술

학습자는 다음과 같은 능력을 보여준다:

- 일상 업무에서 인권, 특히 모든 사람의 건강권을 존중하고 보호함;
- 보건 계획, 이행 및 정책, 전략 및 기타 의료적 개입의 모니터링에 인권 기반 접근을 사용함;
- 환자 및 그 밖의 개인을 존중하며 소통함;
- 인권을 존중하며 건강 증진을 위한 개인의 기여를 비판적으로 평가함;
- 전문가적 환경 및 공적 영역에서 일상적으로 인권을 증진하고 옹호하며 이를 통해 대중의 건강 증진에 기여함;
- 전문가적 맥락에서 인권 문제를 인지하고 분석하며 인권 기준을 적용하여 그러한 문제를 해결하기 위한 적절한 조치를 취함(예: 제도적 또는 사회적 압력에도 불구하고 환자의 인권을 침해하는 관행에 참여하기를 거절하거나 기록 및 보고 등 그 밖의 방식을 통해 인권 침해를 예방하고 이에 대응함[46]);
- 이민자를 포함한 모든 사람에게 그들의 법적 지위와 관계없이 의료에 대한 필요한 접근을 제공하며 모든 차원의 의사결정에서 그러한 접근을 촉진함(예: 의료 서비스의

46) 마크 코스탄조, 엘렌 게리티, M. 브리튼 라이케스, "심문 도구로의 고문 및 그 밖의 잔혹한, 비인도적인 또는 굴욕적인 대우의 활용", SPSSI 정책 선언, 〈http://www.spssi.org/index.cfm?fuseaction=page. viewpage&pageid=1460〉.

자격에 대한 논의에서 적용가능한 의료 윤리 강령의 존중을 요청하고, 이주민의 법적 지위와 같은 개인 정보를 당국에 보고하는 것을 지양하기 위해 기밀성 원칙의 존중을 요청함);

- 국가적 차원의 건강권 위반에 대해 의료 시설, 국가인권기구, 법원, 의료인 규제 당국, 의료 실무자 협의회 및 시민사회에서의 구제 메커니즘을 포함한 진정 절차를 활용하거나 그 사용을 권고함;
- 사회적 맥락의 보건 이슈를 인권적 관점에서 인지 및 분석하고 이를 해결하기 위한 적절한 조치를 실시함;
- 정책 결정을 평가함[47];
- 다른 보건의료 종사자를 교육하고 역량을 강화하여 이들이 잠재적 인권 문제를 인지하고 적절한 행동을 취하게 함;
- 인권침해 피해자에게 지원을 제공하며 이들을 인류애 및 그들의 존엄성과 인권에 대한 존중을 가지고 대우하며, 특히 그들의 안전, 신체적 및 정신적 안녕과 사생활을 보장함[48];
- 환자 및 다른 개인에게 건강하고 안전한 환경을 제공함;
- "이중 충성" 상황에 직면할 때 의료서비스를 필요로 하는 사람의 이익을 주장함[49];
- 연구 프로젝트 선정, 개발 및 이행 단계를 포함한 의료 연구 프로젝트[50]에서 개인 및 공동체의 권리를 고려함;

47) 인권- 인간의 생명- 공공 당국을 위한 핸드북(영국 사법부, 2006) 〈http://www.justice.gov.uk/downloads/human-rights/human-rights- handbook-for-public-authorities.pdf〉.
48) "국제 인권법의 심각한 위반 및 국제 인도주의법의 심각한 위반 피해자를 위한 구제책 및 배상에 대한 권리에 관한 기본 원칙 및 지침", 유엔 총회 결의 60/147, 2005년 12월 16일, 〈http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RemedyAndReparation.aspx〉.
49) "이중 충성"은 "환자 및 제3자, 종종 국가에 동시에 표현되거나 암시되는 의무"로 정의될 수 있음" "보건 실무의 이중 충성 및 인권: 권고 지침 및 제도적 메커니즘", 국제 이중 충성 실무그룹, PHR 및 케이프타운 대학교 공중 보건 및 일차의료 대학, 의학과학 협동 이니셔티브, 〈https://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/dualloyalties-2002-report.pdf〉.
50) UNESCO, WHO, CIOMS, 유럽평의회, *op. cit.*, 주석 26; WHO, *op. cit.*, 주석 22.

- 개인적 또는 전문가적 필요성 및 이해관계와 관련한 인권에 대한 정보를 파악하고 배포함;
- 일상적 직무 수행에서 인권, 젠더, 연령 및 아동 인지적이고 비차별적 접근법을 활용함;
- 권리가 침해되어 조언을 구하는 환자 및 개인이 그들의 권리를 주장할 수 있도록 교육하고 역량을 강화하며, 적절한 메커니즘을 활용하여 인권침해에 대해 진정을 제기할 수 있도록 지원하며, 그들을 적절한 기관에 소개함으로써 그들을 지원함;
- 자기 자신 그리고 타인을 대신하여 인권을 주장함;
- 인권침해를 파악함;
- 인권침해 해결을 위한 협의적 메커니즘의 수립에 기여함(예: 병원 내 건강권 위원회 또는 보건부 내 진정 담당 부서);
- 인권침해의 위험이 있는 상황을 포함하여 환자가 기밀 조언, 상담, 지원 등에 접근할 수 있도록 하는 안전한 근무 환경을 수립함[51].

위의 항목에 더해, 관리직 보건의료 종사자를 위한 교육은 인권이 문제가 되는 경우 책임감, 감독 및 통제 등의 분야를 포함한다. 또한 교육은 관리자가 모든 차원의 보건의료 종사자의 성과 평가에 있어 인권을 통합할 수 있도록 높은 수준의 지식, 헌신 및 기술을 보장한다. 감독 교육은 감독직에 있는 사람이 인권 준수 의료 절차를 공식화하고 도달 가능한 최고 수준의 건강을 달성하기 위한 요건을 다룰 수 있도록 기술, 행동 및 지식의 발전을 목표로 해야 한다.

51) 건강 특별보고관, *op. cit.* 주석 4; 런던, 레슬리, 볼드윈-라가벤, 로렐, "인권 및 보건: 남아프리카의 간호사 교육의 어려움", 큐라티오니스, Vol. 31, No. 1, 2008년, 5 - 18쪽.

3.커리큘럼[52]

주요 목적: 교육 프로그램 설계 및 커리큘럼이 참석자의 특정 상황, 전문가적 책임 및 필요에 적합하고 문화적, 사회적 및 언어적으로 관련있는 방식으로 공식 및 비공식적 학습 환경에서 사용되도록 한다.[53]

커리큘럼은 강의실 수업, 실천적 기술 중심 훈련 및 교과과정 외 기회를 고려하여 공식 및 비공식 교육과 훈련에서 사용될 수 있다. 교육 프로그램은 이론과 실습을 모두 포함해야 하며, 모든 보건의료 종사자는 보수교육 과정에 정기적으로 접근할 수 있어야 한다. 모든 커리큘럼은 실습 및 이론 기반 학습 활동, 유인물, 검토 기회와 학습 결과를 테스트하고 검토하는 명확한 수단을 가진 강의를 포함해야 한다.

가. 커리큘럼의 구성

보건의료 종사자를 위한 커리큘럼은 국내 의료법 및 관련 국제 윤리 강령에 정의된 보건의료 종사자의 주요 의무에 기반하며, 유엔 조약 기구와 특별 절차 및 관련 인권 메커니즘의 권고를 포함한 인권 기준 및 건강 관련 국가의 의무를 고려한다.

커리큘럼은 결과 중심적이며 보건의료 종사자가 요구하고 본 지침의 핵심 역량에 열거된 범주의 지식 및 이해, 태도 및 가치, 기술에 대한 핵심 인권 교육 역량을 반영한다. 커리큘럼은 포괄적이며 학습 목표, 학습 내용, 평가, 방법 및 학습 중 사용되거나 학습자가 추후 참고할 수 있는 자료를 포함한다. 이는 보건의료 종사자의 모든 전문가적 단계에 적합해야 한다.

52) OSCE 모스크바 문서, *op. cit.*, 주석 5,. 42.3항은 OSCE 참여국이 "그들의 교육 프로그램을 관할하는 당국에 공공 서비스 학교에 다니는 학생들을 위한 효과적 인권 관련 커리큘럼을 디자인하길 장려할 것"이라 명시한다.

53) 학업 환경에서 보건 및 인권 교육을 실시하는 기관 및 단체의 과목에 대해, 다음의 온라인 데이터베이스 참조 〈http://www.hsph.harvard.edu/pihhr/resources_ hhrdatabaseintro.html#healthandhumanrightsdatabase〉.

커리큘럼은 모든 보건의료 종사자의 다양성을 고려하며 특히 여성 및 소수 집단이나 장애를 가진 이를 포함하여 모든 학습자들이 접근할 수 있어야 한다. 커리큘럼은 학습자의 일상적 현실을 반영하는 지역적으로 이용가능한 예시를 사용하며, 필요한 경우 특정한 상황에 따라 조정된다. 따라서 교육 프로그램은 단기 과정, 고도의 집중 강좌, 단순강의, 직무 유도 또는 재교육 과정에서 주제에 대한 깊은 친숙성을 요하는 의대생, 의료 제공자 또는 의사 결정자를 위한 장기 과정에 이르기까지 다양하다.

커리큘럼의 개발 및 검토가 정기적으로 수행되어 커리큘럼이 포용적 방식으로 즉각적 관련성이 있는 문제를 다루고, 교육 전문가, 대학 교직원, 학습자, 교육 기관, 환자지원단체와 환자 조직, 기타 공동체 구성원과 같은 다양한 이해관계자가 이에 참여하도록 보장해야 한다.

건강 및 인권에 대한 현장 및 온라인 과정은 모든 사람이 접근할 수 있다.[54]

나. 교과서 및 보충 자료

특정 교과서 및 학습 자료의 가용성은 학습자의 요구와 상황을 반영하며 인권에 대한 이들의 공통 관심을 고려한다.

모든 학습 자료는 인권 기준 및 가치, 문화간 대화, 다양성 및 평등성의 가치, 인종, 피부색, 젠더, 언어, 정치적 및 기타 견해, 종교, 국가적 및 사회적 출신, 재산, 출생, 연령 또는 그 밖의 지위에 기반한 차별에 대한 반대 등을 반영한다.

기존의 그리고 새로운 교과서와 보충 자료는 인권 원칙과의 부합성을 보장하기 위해 인권적 측면에서 검토되고 수정된다. 교과서의 선정, 검토 및 준비, 사례연구 및 기타 학습 자료를 위한 실질적 조건과 기준이 개발된다. 자료는 의학적 및 인권적 측면에서 검토되어

54) 제안된 과정 목록은 참고자료 참조.

모든 관련 요소가 고려되도록 한다.

교과서와 보충 자료는 보건의료 종사자가 그들의 직장 및 공동체에서 건강권을 보호, 증진 및 감시할 수 있는 실질적 방법을 보여준다. 또한 의료 환경에서 개인과 관련된 국가의 의무와 환자 및 그 가족의 인권 책임을 설명하며 인권 기반 접근의 원칙을 설명하고 이를 보건 분야 프로그래밍에서 어떻게 반영할 수 있는지를 설명하는 인권 기반 접근을 소개한다.

학습자료는 논의와 토론과 같은 학습자의 적극적 참여를 장려한다. 또한 시뮬레이션 기법과 시청각 자료의 사용을 지지하며 보건의료 종사자가 겪는 실제 상황을 반영한다.

인권 교육 자료는 충분한 수의 구성원에게, 적절한 언어로 배포된다.[55]

보건의료 종사자를 위한 인권 문제의 복합성으로 인하여, 업무 자료는 특정 문제를 어떻게 이해하고 처리해야 하는지에 대한 지침을 포함한다. 이와 관련하여 필요한 지원을 인권 전문가에게 요청한다.

4. 교육 및 학습 절차

주요 목적 : 교육 및 학습 절차가 학습자 중심적이고, 실천적이며(환자의 실생활 경험과 인권을 연계함), 참여적이고, 포용적이고, 비판적 사고를 증진하며 모든 학습자의 인권을 존중하는 학습 환경에서 진행되도록 한다.

인권 교육은 신뢰할 수 있고 존중할 수 있으며 안전하고 민주적인 환경에서 이뤄지도록 한다. 교육자와 강사는 학습자와의 상호 작용에서, 교육 내용 및 교육 기술에 대한 동기

55) WPHRE, 행동계획, *op. cit.*, 주석 7, p. 47.

와 이해를 부여하며, 건강과 인권이 시너지 관계에 있음을 분명히 한다. 마찬가지로, 지침 및 학습 절차는 학생에게 동기를 부여하며, 인권에 대한 그들의 참여와 헌신을 장려한다.

교육 기관이나 국가인권기구 및 NGO 등 보건의료 종사자를 위한 교육 제공을 장려하는 전문성을 갖춘 기타 행위자와의 협력이 요청된다. 필요한 경우, 국가인권기구, 시민사회단체 및 학계에서 구체적인 인권 관련 전문성을 얻을 수 있다.

가. 방법론

학습자 중심의 방법과 접근법이 보건의료 종사자들의 학습 역량을 강화하고, 협력적 학습에 대한 그들의 참여 및 연대감, 창의성 및 자존감을 장려하기 위해 사용된다. 이러한 방법은 학습자를 학습 경험의 중심에 둔다.[56]

교육 세션은 다음을 목표로 한다:

- 보건의료 종사자의 활동에 인권을 성공적으로 통합하기 위한 기술, 지식 및 태도 향상;
- 행동 지향적이며, 옹호 발전과 통합;
- 협동적 전문성 개발을 위한 전략 증진;
- 성찰적 업무개발;
- 계획, 이행, 평가 기술 및 지식 강화;
- 건강권 증진을 위한 공식 및 비공식 네트워크 구축을 통한 참여자 간의 파트너십 강화.[57]

다양한 취약 계층과 소외 계층의 대표와 환자들이 교육 세션에 초청된다. 이는 그들

56) *Ibid*., p. 46.

57) 의료 제공자를 위한 인권 교육 관련 방법론적 팁에 대해서는 오픈 소사이어티 재단의 보건 프로그램에 의한 출간물 참조. 〈http://www.opensocietyfoundations.org/publications/expert-consultation-how-can- training-health-providers-be-effectively-used-promote-human〉.

의 우려, 요구 및 문화적 전통을 제시할 수 있도록 한다. 또한 이러한 집단과 보건의료 종사자간 협력의 이점과 책임에 대한 의견 교환을 촉진한다.

판례법, 법률 의견 및 국제 규범의 분석과 귀납적 방법을 사용한 사례 연구는 일반 규칙 및 표준의 학습 및 상호적 문제 해결을 통한 보건의료 종사자의 적극적 참여를 촉진한다.

지침 및 학습 과정은 모든 참여자의 포함을 촉진하며, 참석자 간의 다양성을 독려한다. 방법론은 학습자의 요구에 적절하며 이들이 원하는 역량을 달성할 수 있도록 한다.

교육 방법은 다양하며 인권을 보호 및 증진하는 기술과 태도의 습득을 촉진하는 것을 목표로 한다(방법에는 그룹 토의, 공식 강의, 역할극, 시뮬레이션, 사례연구, 현장 실습, 내부 및 외부 전문가의 프레젠테이션, 영상 및 기타 미디어의 사용, 의료인 방문, 의료시설과 공동체에 대한 임상적 방문 및 교도소, 수용소, 기타 구금 시설에 대한 조사적 방문 등이 포함된다).

일상적인 전문가적 업무에서의 구체적 사례를 포함한 건강과 인권에 대한 개인적 경험 및 해당 국가와 국제 정책이 보건 활동의 인권 기반 접근법 통합을 위해 교육 세션에서 논의되고 다뤄진다. 참가자들은 건강과 인권에 관련된 구체적 문제에 대한 자신의 우려를 자유롭게 공개적으로 표현할 수 있다.

학습자들에게는 지침 및 학습 절차에 영향을 미칠 수 있는 기회가 주어진다. 동료 주도 접근법이 적절하다.

인권 행사, 수상, 장학금 및 상금을 통해 인권 성과와 진전이 장려되고 인정된다.

KOR 국가인권위원회
humanrights.go.kr

5. 평가

주요 목표: 학습자 성과 달성과 전반적 인권 향유 증진을 포함한 교육 결과를 정기적으로 평가한다.

평가는 인권 교육의 결과로 보건의료 종사자의 전문가적 성과에 인권 역량이 나타난다는 증거를 제공하는 통합된 접근법을 포함한다. 인권의 주제와 실천은 이론 및 실기 시험의 일부이다. 이를 위해, 모니터링과 평가는 여러 차원에서 이뤄진다.

교육 프로그램은 독립적인 외부 평가를 비롯하여 주기적으로 수행되는 평가 시스템으로 설계된다. 수집되는 정보의 유형과 이용가능한 정보의 출처가 사용가능한 방법의 범위를 결정한다.

교육 프로그램 중 습득한 인권 실천이 전문가적 성과에 포함되도록 인권 역량에 대한 관리 감독을 구성한다. 관리자는 적절한 피드백을 제공하며, 보건의료 종사자가 인권 및 젠더 평등 원칙을 완전히 준수하는 서비스를 제공하도록 장려해야 한다.

평가 접근법은 다음을 포함할 수 있다:

- 보건의료 종사자 커리큘럼의 고안 및 이행에 인권 기반 접근법이 얼마나 적용되었는지를 결정하는 목표 기반 평가;
- 인권에 기반한 보건의료 종사자 커리큘럼의 영향을 주요 이해관계자의 관점에서 고려하는 대응적 평가;
- 프로그램의 효과와 개선 방법에 대하여 사용자로부터 정보를 얻는 활용 중심 평가.[58]

58) 글래스고, 러셀 E, 보그트, 토마스 M, 볼스, 숀 M, "보건 증진 개입의 공중 보건 영향 평가", RE-AIM 체제", 미국 공중 보건 저널, vol. 89, no. 9, 1999, 1322 - 1327쪽, 〈http://ajph. aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.89.9.1322〉.

수업과 실천적 문제에 기반한 평가는 수련 프로그램의 주기적 검토와 적용에 도움이 된다.

평가는 목적의식이 있고, 참여적이며, 포용적이고, 정확하며, 실질적이어야 한다.[59] 또한 적절한 예산이 책정되어야 한다.

가. 학습자 평가

학습자는 지식, 태도 및 기술 기반 역량에 대한 성과를 평가 받는다. 학습자의 진전 상황에 대한 평가는 교육 과정 중에 그리고 종료 후에 정기적으로 수행된다. 진전상황을 측정하고 그에 따라 프로그램을 조정하기 위해 교육 전 후에 시험을 도입하고 지표를 설정한다.

평가는 개선 분야에 대한 피드백을 제공하여 학습을 지원하도록 설계되었으며, 결과는 참가자들과 공유되고 논의되어 단점을 파악하고 인정하며 그들의 전문가적 성과를 향상시킬 수 있도록 한다.

학생 개인 또는 보건의료 종사자 집단에 대한 평가 방법은 공정하고 신뢰할 수 있어야 하며, 모든 학습자의 성과가 인지되고 가치를 인정받도록 투명하게 진행되어야 한다.[60]

평가 수단은 시험, 에세이, 프로젝트 기반 업무, 동료 평가 등 다양하다.

보건의료 종사자는 평가의 고안 및 이행에 적극적으로 참여해야 한다. 자신의 업무에 대한 성찰은 학습 과정의 중요한 부분이다.

평가 대상자는 평가, 평가 방법 및 목표, 참가자들에게 요구되는 업무, 절차, 배정 방

59) 교육 담당자의 훈련: 효과적 인권 교육의 개발 및 전달(퀘백: 에퀴타스 - 국제 인권 교육 센터, 2007), 20 - 23쪽,〈http:// equitas.org/wp-content/uploads/2010/11/Equitas_Generic_TOT_2007.pdf〉.
60) 학교 내 민주시민을 위한 교육의 질적 보장을 위한 도구, (파리: UNESCO, 유럽 평의회, 교육 정책 연구 센터, 2005), 〈http:// unesdoc.unesco.org/images/0014/001408/140827e.pdf〉.

법, 수집된 데이터, 기밀성, 이익 및 잠재적 위험에 대해 구두 및 서면으로 정보를 제공받는다. 그들은 자발적으로 평가에 참여하기로 동의한다. 평가 계획을 대상 집단의 필요에 맞게 조정하기 위해 교육 과정 전에 현장 방문을 실시한다.

나. 교육 담당자 평가

교육 담당자는 인권 교육을 진행하기 앞서 지식 및 기술 기반 역량의 성과를 평가받는다.

교육 담당자의 진전상황에 대한 공식 및 비공식 평가가 정기적으로 진행된다.

평가는 개선 영역에 대한 피드백을 제고하여 교육 담당자의 학습을 돕고자 한다. 그 결과는 평가 대상 교육 담당자와 공유되고 논의된다.

교육 담당자의 성과가 인지되고 가치가 인정된다.

교육 담당자를 위한 평가 방법은 공정하고 신뢰할 수 있으며 비 위협적이고, 투명하고 공정하게 진행된다.

다. 프로그램 평가

시범적 인권 교육 프로그램은 높은 품질의 커리큘럼, 교육 자료, 지침, 학습 과정 및 교육 담당자의 준비에 정보를 제공하고 이를 돕기위해 진행된다.

프로그램 평가는 관리자 및 교육 전달 담당 직원의 자기 성찰적 학습 과정으로 구성된다.

프로그램 평가는 프로그램 이행, 커리큘럼 및 학습 자료의 질, 학습자 및 교육 담당자의 성과 및 인권 교육 개선 방안을 파악하기 위해 수행된다.

프로그램 평가는 정기적으로 수행되며, 국가 기관, 관련 전문지식을 갖춘 시민사회 대표, 국가인권기구, 학술기관, 환자지원단체, 환자 단체, 지역 공동체 단체를 포함한 다양한 이해관계자가 참여한다. 평가 방법은 성향 분석, 질의서 및 기타 교육 기록, 현장 방문 및 보건의료 서비스 직원과의 인터뷰 등 다양하다.

프로그램 평가 결과는 주요 이해관계자와 공유된다. 수집된 정보와 교훈은 실행 매뉴얼의 기초가 될 수 있다.

라. 영향 평가

주기적으로 영향 평가를 실시하여 프로그램 평가에서 기록된 학습자 및 기관 주도 결과가 지속되는지 검토한다. 또한 영향 평가는 행동과 행위를 통한 인권 교육의 적용 및 인권의 구체적 실현과 삶의 변화에 관련된 영향을 조사한다. 영향 평가에 통합된 "변화의 차원"에 대한 결과는 교육 프로그램의 목표 및 설계와 일치한다.

위에 열거된 프로그램 평가 범주에 더해, 영향 평가는 다음을 결정한다.

교육이:

- 타인의 권리 존중을 위한 보건의료 종사자의 이해 및 영향을 강화했는가;
- 인권 정책 및 의무 수임자의 행동에 영향을 미치는 보건의료 종사자의 능력을 강화했는가;
- 타인, 특히 소외되거나 차별받거나 취약한 계층의 권리에 대한 존중을 강화했는가;
- 권리 보유자(환자, 가족 구성원, 기타 보건의료 종사자 및 개인)의 삶의 개선으로 이어졌는가;
- 권리 보유자가 그들의 권리를 주장하고 타인, 특히 소외 및 취약 계층의 권리를 존중하도록 이해 및 역량을 강화했는가;

• 보건의료 종사자 권리에 대한 존중 강화로 이어졌는가.

예를 들어 환자 설문조사의 완료 및 분석을 통해 그리고 내부 및 외부 품질 관리 기관이 제공한 민원 통계, 언론 보도의 성격, NGO 인권 보고서, 전문가 단체 또는 병원의 환자 권리 위원회에 참여하는 교육 담당자의 수를 조사함으로써 영향을 측정할 수 있다.

6. 교육자를 위한 교육, 전문적 개발 및 지원

주요 목표: 교육 담당자와 기타 교육 인력이 그들이 교육하는 학습자의 학습 결과 및 그들의 요구, 전문가적 책무 및 환경에 따라 정기적이고 적합하며 구조화된 훈련을 받도록 보장한다.

보건의료 종사자를 위한 인권 교육을 효과적으로 수행하기 위해 교육 담당자는 다양한 범주의 역량을 필요로 한다. 교육 담당자는 커리큘럼을 개발하고 사용하며, 교수 및 학습 과정을 조직하고 진행하며, 본 지침의 관련 분야와 부합하는 방식으로 평가를 개발하고 이행한다. 인권 및 관련 분애의 전문가가 참여할 수도 있지만, 교육 담당자와 그 밖의 교육 인력은 검증된 실무자여야 한다.

가. 교육 담당자 및 기타 교육 인력의 역량

교육 담당자는 건강의 맥락에서 젠더 평등 문제와 비차별 원칙을 비롯한 인권에 대한 깊은 지식을 가지고 있다. 그들은 또한 필요한 기술에 대한 심층적 경험을 가지고 있으며 본 지침에 포함된 태도를 명확히 보여준다.

교육 담당자와 기타 교육 인력은 인종, 피부색, 젠더, 언어, 정치적 또는 기타 의견, 종

교, 국가적 및 사회적 출신, 재산, 출생, 연령 또는 그 밖의 지위에 기반한 차별을 포함한 모든 형태의 차별을 인지하고 다룰 역량을 가지며 교육 전달에 있어 다양성의 문제를 고려할 수 있다.

교육 담당자는 지침의 역량 분야에서 파악된 지식, 기술 및 태도와 학습자가 평가한 상과에 기반하여 선정되고 그 직이 유지된다.

교육 인력은 인권 기반 접근법과 인권교육을 이행하는 기관 및 조직의 업무 방식에 대한 적용을 알고 있다.

교육 담당자는 전문가적 협업을 위해 정기적인 동료의 지원 및 자원(예: 시간, 미팅 장소, 의사소통 도구)을 제공받는다.

나. 교육 기관

교육 담당자는 성인 교육, 학습 이론 및 실천, 상호적 학습 방법의 사용 및 인권 기준과 실천에 대해 필요한 초기 및 지속적 교육을 제공받는다. 이는 보건 교육 기관의 교육 담당자에 대한 다양한 범주의 교육 프로그램 조직을 필요로 한다.

교육 담당자의 선정은 비차별 원칙을 기반으로 하며, 여성, 소수자 및 장애인을 포함한 모든 개인이 적절히 대표되도록 한다.[61]

교육 담당자는 고용 기관이 제공하는 사내 "교육 담당자 교육"으로부터 혜택을 받기 이전에 교육, 소통 및 학습 평가를 위한 검증된 역량을 기반으로 선정된다.

교육 프로그램은 적절히 계획되고 자원이 제공되도록 한다.

교육 프로그램은 장기간에 걸친 지원을 제공하고 질을 보장하기 위해 구조화된

61) "국가적 소수에 대한 CSCE 전문가 회의 보고서", (제네바, 1991년 7월 19일), part III, 〈http://www.osce.org/hcnm/14588〉.

후속조치를 포함한다.

교육 담당자는 교육 프로그램을 통해 제공하고자 하는 다양한 지식, 가치 및 기술 역량을 갖추고 있어야 한다.

교육 프로그램은 자원이 제한된 상황에서의 교육을 포함할 수 있다(예: 자기 주도 학습, 원거리 학습, 정기적 감독 방문 중의 학습 및 직원 회의, 모니터링).

다. 교육의 질

교육 프로그램은 핵심 역량과 관련한 지식, 태도 및 기술을 아우르는 분명한 학습 목표를 가진다. 교육 프로그램은 교육 담당자 및 교육 인력과의 협의를 바탕으로 개발된다.

적절한 학습자 중심 교육 방식이 사용되어 동기부여, 자신감 및 감정적 발전을 다뤄 가치 및 행동에 대한 인식을 제공하며, 실천 기반 방식을 강조하고, 이론과 실천을 연결시키며, 업무 환경에서 습득된 기술을 시험한다.[62]

교육 프로그램은 관련 국가, 지역 및 국제 인권 기준을 포함하며[63] 학습자들이 이해할 수 있는 자료를 이용한다.

교육 담당자는 교육 또는 과정 중 그리고 그 이후에 학습 목표에 따른 역량을 보여줘야 한다.

교육 프로그램은 교육 담당자가 학습자로서 스스로를 이해하게 하고, 자신의 경험을 통해 학습 과정에 기여하고, 그들이 인권 교육을 수행할 수 있도록 동기를 부여한다.

재직 중의 교육 프로그램은 교육 담당자가 인권 교육을 수행하도록 동기를 부여하며, 교육 담당자가 알지 못하는 경우(예: 굴욕적 대우 또는 부정적 고정관념 근절에 대한 동기부여 부재)에

62) 인권 교육: 인권 교육 방법론 매뉴얼(제네바, 유엔 인권최고대표사무소, 2000) 〈http://www.ohchr.org/ Documents/Publications/training6en.pdf〉(OHCHR).
63) *Ibid*, p. 2; 비엔나 문서, *op. cit.*, 주석 5, 13.3, 13.4, 13.6, 67항.

도 인권 침해에 기여할 수 있는 스스로의 잠재력을 인지하도록 한다.

교육 인력을 위한 교육 프로그램은 특정한 문화적, 교육적, 지역적 및 경험적 필요와 교육가 및 학습자의 상황에 맞춰 조정된다.[64]

교육 프로그램은 다양성 및 차별 문제를 어떻게 다룰지를 포함하며 젠더 인지적이어야 하며 교육자의 일상 업무와 관련되어야 한다.[65]

관련 교육 및 국가 당국은 NGO가 제공하는 것을 포함하여 보건의료 종사자를 위한 교육 프로그램을 인지하고 장려한다.

64) OHCHR,,*op. cit.*, 주석 63, p. 항.
65) *Ibid.*, p. 1.

자료[66]

보건의료 종사자를 위한 인권 교육 및 훈련 자료

- "프로그램 계획을 위한 인권 기반 접근법: 실질적 정보 및 교육 자료", 유엔인구기금, 하버드 공중보건 대학, 2010, 〈http://www.unfpa.org/public/publications/pid/4919〉.
- 애셔, 주디스, 건강에 대한 권리, NGO를 위한 자료 매뉴얼(런던 BMA 하우스), 2004, 〈http://www.ifhhro.org/images/stories/ifhhro/Right_to_Health/3_2_5_rt_health_manual.pdf〉.
- 볼드윈-라가벤, 로렐, 런던, 레슬리, 보건 및 인권을 위한 교육 담당자의 교육. 남아프리카 보건 전문 교육 담당자를 위한 매뉴얼(케이프타운:2006).
- "보건의료 종사자를 위한 인권 교육을 위한 행동 수칙" 실천 공동체, 〈http://cop.health-rights.org/teaching/23/Do-s-and-Don-ts-in-Human-Rights-Training-for- Health-Providers〉.
- "전문가 상담: 환자 돌봄의 인권 증진을 위해 의료 제공자의 교육이 어떻게 효과적으로 활용될 수 있는가?", 오픈소사이어트 재단, 공중보건프로그램, 2008.
- 〈http://www.opensocietyfoundations.org/publications/expert-consultation-how-can-train- ing-health-providers-be-effectively-used-promote-human〉.
- "학술적 환경 회의에서의 건강과 인권", 하버드 공중보건대학, 뉴사우스웨일스대학, 2006, 〈http://www.hsph.harvard.edu/pihhr/files/news/2006/education_meeting/FinalHHREduca- tionMeetingReport.pdf〉.
- "건강 및 인권 데이터베이스", 하버드 공중보건대학, 뉴사우스웨일스 대학교, 〈http://www.hsph.harvard.edu/pihhr/resources_hhrdatabaseintro.html#databaseorganization〉.
- "보건의료 종사자를 위한 인권 – IFHHRO 교육 매뉴얼", 국제보건인권기구연맹, 〈http://www.ifhhro-training-manual.org〉.

66) 본 자료는 보건의료 종사자를 위한 인권 교육을 지지하는 일부 주요 문서를 포함한다. 모든 가용한 자료가 포함된 완전한 목록은 아니다.

- "인권교육: 인권교육방법론 메뉴얼", 유엔 인권최고대표사무소, 2000, 〈http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training6en.pdf〉.
- 마이어스, 패트, "간호 커리큘럼을 위한 인권 및 보건 소개", *큐라티오니스*, Vol. 30, No. 4, 2007.
- *변화를 위한 단계- 보건 조사자를 위한 인권 행동 지침, 국제보건인권기구연맹,* (버닉: 드루케리지 리베르타스, 2012), 〈http://www.ifhhro.org/publications〉.
- "법률 및 건강 교육", 실천공동체, 〈http://cop.health-rights.org/teaching/〉.
- "보건의료 서비스 제공자를 위한 인권 교육에 관한 10가지 지침", 오픈소사이어티 재단 〈http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/Ten-Principles-20081023_0.pdf〉.
- 의료 전문가와 인권: 의제 변화를 위한 핸드북(런던: 영국의사협회, 제드북스, 2006)
- *건강에 대한 권리, 의료 전문가를 위한 도구,* (런던: 영국의사협회, 영연방 메디컬 트러스트, 2007) 〈http://www.ifhhro.org/images/stories/ifhhro/Right_to_Health/3-2-1_bma_right_to_health_ final.pdf〉.
- "건강권 특별보고관. 시민사회를 위한 지침", 국제보건인권기구연맹, 드루케리지 리베르타스, 2009 〈www.ifhhro.org/images/stories/ifhhro/manuals_and_guidelines/4_3_2_un_rap_guide_2009.pdf〉.
- 보건 전문가를 위한 윤리 및 인권 기준 교육 매뉴얼(런던, 영연방 의사 협회) (COMMAT), 1999).
- 유엔, 인권 교육 활동 평가, 인권 교육가를 위한 핸드북(몬트리올: 인권최고대표사무소 및 에퀴타스-국제 인권 교육 센터, 2011) 〈http://www.ohchr.org/Documents/Publications/EvaluationHandbookPT18.pdf〉.

건강과 인권에 대한 자료

- 아비올라, 사라, 국제 인권 규범 및 국가 헌법의 제한 조항: 범위 및 사법적 해석. 오픈소사이어티 재단의 공중 보건 프로그램의 법률 및 보건 이니셔티브를 위해 마련된 연구 제안서(하버드: 하버드 대학교, 2011).

- 아비올라, 사라, 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제 규약의 제한 및 훼손에 대한 시라쿠사 원칙: 공중 보건 맥락에서의 역사와 해석. 오픈소사이어티 재단의 공중 보건 프로그램의 법률 및 보건 이니셔티브를 위해 마련된 연구 제안서(하버드: 하버드 대학교, 2011).

- 아담스, 오빌 B., 외, "인권, 신체적 및 지적 자료 생성: 모니터링을 위한 제안" 머레이, Ch. J.L, 에반스 D. B., (eds.), 보건 시스템 성과 평가: 논의, 방법 및 경험론(제네바: 세계보건기구, 2003).

- "자유권위원회 및 인권이사회에 대한 연례보고서", 유엔, 모든 사람의 도달가능한 최고 수준의 신체적 및 정신적 건강의 향유에 대한 권리, 〈http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx〉.

- "보건의료 종사자 관련 윤리 강령 및 선언", 엠네스티 인터내셔널, 2011, 〈http://www.amnesty.org/en/library/asset/ACT75/002/2011/en/522ef77b-e1af-4e03-aae4-7423fe73b401/act750022011en.pdf〉.

- "인권 보호: 간호사 및 조산원을 위한 과제와 기회", 엠네스티 인터내셔널, 2006, 〈http://www.amnesty.org/en/library/info/ACT75/003/2006〉.

- 카쉬, 리차드, 외, 국제 보건 연구의 윤리적 문제에 대한 사례집(제네바: 세계보건기구, 2009), 〈http://www.who.int/rpc/publications/ethics_casebook/en/index.html〉.

- "비정규 상황의 이주민: 10개국 유럽연합 회원국의 보건에 대한 접근", 유럽연합기본권청, 룩셈부르크, 2011, 〈http://fra.europa.eu/en/publication/2012/migrants-irregular-situation-access-healthcare- 10-european-union-member-states〉.

- "유럽연합 내 비정규 이주민의 기본적 권리", 유럽연합기본권청, 룩셈부르크, 2011, 〈http://fra.europa.eu/en/publication/2012/fundamental-rights-migrants-irregular-situation- european-union〉.

- 포레스트, 던칸, "의사와 고문" 홀렛, 1998, 〈http://www.freedomfromtorture.org/sites/default/files/documents/Forrest- Doctors%26Torture.pdf〉.

- "일반논평 제4호, 아동권리협약 맥락의 청소년기 건강 및 발달" 유엔, 아동권리위원회, 2003년 7월 1일, U.N. Doc. CRC/GC/2003/4, 〈http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/comments.htm〉.

- “일반논평 제14호. 도달가능한 최고수준의 건강에 대한 권리”, 유엔, 경제사회이사회, U.N. Doc. E/C.12/2000/4, 2000년 8월 11일, 〈http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm〉.
- “일반논평 제24호. 여성과 건강”, 유엔, 여성차별철폐위원회, 1999년 2월 5일, U.N. Doc. A/54/38/Rev.1, 〈http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/comments.htm〉.
- 그로딘, 미카엘 외. 세계 변화의 보건과 인권. 교재(뉴욕: 루트리지, 2013 출판).
- 그루스킨, 소피아 외, 보건 및 인권에 대한 관점(뉴욕: 루트리지, 2005).
- 그루스킨, 소피아, 타란톨라, 다니엘, “건강 및 인권” 디텔, 로버트, 비글홀, 로빈, 공중보건에 대한 옥스포드 교재(뉴욕, 옥스포드 대학교 출판, 2001).
- “건강 및 인권. 자료 지침”, 오픈소사이어티 기구, 에퀴타스, 국제인권교육센터, 2009, 〈http://www.equalpartners.info/PDFDocuments/EngCompleteResourceGuide.pdf〉.
- “건강 및 인권, 컨셉페이퍼”, 미주보건기구, 2010, CD50/12, 〈http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-e.pdf〉.
- 헌트, 폴, 맥노튼, 길리안 “건강 지표에 대한 인권기반접근법” 바데린, 매쉬우드, 맥콜커데일, 로버트, 행동의 경제적, 사회적 및 문화적 권리(옥스포드, 뉴욕: 옥스포드 대학 출판, 2007).
- “고문 생존자 식별 및 건강 필요성 파악. 실질적 지침” 고문 피해자를 위한 의료 재단, 2010.
- 맨, 조나단 외, “건강 및 인권”, 보건인권저널 Vol.1, No. 1, 1994.
- 맨, 조나단 외, 건강 및 인권: 리더(뉴욕: 루트리지, 1999)
- 마크스, 스테판 P., “발전하는 건강 및 인권 분야: 이슈 및 방법” 법률, 의학 및 윤리 저널, Vol. 30, 2002.
- “취약 집단의 건강과 인권에 대한 모듈”, 미주보건기구, 〈http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1132&Itemid=1202 &lang=en〉.

- “젊은 세대의 건강 및 성별 정체성에 대한 권리: 공중 보건 행동을 위한 발견사항, 경향 및 대상”, 미주보건기구, 2011, 〈http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_ download&gid=16022&Itemid=〉.

- “주제별 사실 및 정보 시트”, 세계보건기구 홈페이지, 〈http://www.who.int/hhr/activities/factsheets/en/index.html〉.

- 토이비스, 브리짓 C.A. 국제법의 인권으로서의 건강권(암스테르담: 하트/인터센시아, 1999).

- 윌리엄스, 존 R., “헬싱키 선언 및 공중보건” 세계보건기구 회보, Vol. 86, 2008, 〈http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08‐050955.pdf 〉.

- “건강과 인권에 대한 25가지 질의응답” 세계보건기구, 2002, 건강 및 인권 출판 시리즈, No.1, 〈http://www.who.int/hhr/information/25%20Questions%20and%20 Answers%20on%20 Health%20and%20Human%20Rights.pdf〉.

건강과 인권, 보건의료 종사자를 위한 인권 교육 훈련에 대한 온라인 학습 과정

- “건강과 인권에 대한 기본 온라인 학습 과정”, 미주보건기구, 〈http://www.paho.org/hr-ecourse-e/index.html〉.

- “인권교육의 고등 CAS 연구 수료”, 루체른 교육대학, 〈http://www.phlu.ch/weiterbildung/zusatzausbildungen/cas-human-rights-education/〉.

- “온라인 학습 과정”, 메디컬 피스 워크, 〈http://www.medicalpeacework.org/courses.html〉.

- “건강과 인권, 온라인 학습 과정”, 인권 교육 협회, 〈http://www.hrea.org/index.php?base_id=795&language_id=1〉.

- “건강과 인권-차원과 전략, 온라인 학습 과정”, 독일국제협력학회, 세계보건기구, 〈https://shop.gc21-eacademy.org/Health-and-Health-Management/Health-and-Human- Rights-Dimensions-and-Strategies.html〉.

보건의료 종사자와 관련한 인권 교육 정책 문서

- “민주 시민 교육 및 인권 교육에 대한 유럽 헌장 위원회. 권고 CM/권고(2010)7, 설명 제안서”, 유럽 평의회, 각료회의, 2010, 〈http://www.coe.int/t/dg4/education/edc/Source/Charter/Charter_brochure_EN.pdf〉.

- “인권교육과 인권조약”, 유엔, 인권최고대표사무소, 1999년, 인권교육 시리즈, No. 2, HR/PUB/DECADE/1999/1, English: 〈http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRTreaties2en.pdf〉; Russian: 〈http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRTreaties2ru.pdf〉.

- “전세계 의대 커리큘럼의 의학윤리 및 인권 통합에 대한 결의”, 세계의사회, 51차 연례총회, 1999, 〈http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e8/〉.

- “세계인권교육프로그램 제2기” 유엔, 인권최고대표사무소, 2009년 10월 1일, 〈http://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/WPHRE/SecondPhase/Pages/Second- phaseindex.aspx〉.

- “인권교육에 대한 권리. 인권 교육 관련 국제 및 지역 규범 조항”, 유엔, 인권최고대표사무소, 1999, HR/PUB/DECADE/1999/2, 〈http://www.ohchr.org/Documents/Publications/RightHReducationen.pdf〉.

- “인권교육을 위한 국가 행동계획에 대한 유엔 지침”, 유엔, 인권최고대표사무소, 1997년 10월 20일, 〈http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/de5002e16faf1df980256678005ceaa8/ FI LE/N9728411.pdf〉.

- “인권 교육 및 훈련에 대한 유엔 선언”, 유엔, 총회, 2011년 12월 19일, UN Doc. A/RES/66/137, 〈http://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Pages/UNDHREducationTraining.aspx〉.

본 지침은 ODHIR이 인권교육관련 OSCE의 약속 이행을 지원하기 위해 마련한 4가지 지침 및 OSCE 지역 내 유엔 세계인권교육프로그램의 일부이다.

이에는 보건의료 종사자를 위한 인권 교육 지침, 인권 활동가를 위한 인권 교육 지침, 법 집행 공무원을 위한 인권 교육 지침, 고등 교육 시스템을 위한 인권 교육 지침이 포함된다.

이러한 네 가지 지침은 인권 교육에 대한 체계적이고 효과적인 접근을 증진하기 위해 마련되었으며, ODIHR 사이트에서 이용가능하다: www.osce.org/odihr

보건의료 종사자를 위한 인권 교육 지침
OSCE 발간
민주제도인권사무소
Ul. Miodowa 10
00-251 Warsaw Poland www.osce.org/odihr
© OSCE/ODIHR 2013
All rights reserved.
본 발간물의 내용은 OSCE/ODIRH을 출처로 인용하는 경우 교육 및 기타 비영리적 목적을 위해 자유롭게 사용 및 복제될 수 있다.

국가인권위원회

국가인권위원회는 '사람이 사람답게 사는 세상'을 만들기 위해 2001년 11월 출범하였으며, 인권정책, 조사·구제, 교육·홍보, 국내·외 협력의 4대 기능을 수행하고 있습니다.

- **인권정책**
  - 법령·제도·정책·관행의 조사·연구 및 개선 권고·의견 표명
  - 국제인권조약 가입 및 조약의 이행에 관한 권고·의견 표명
- **조사·구제**
  - 국가기관, 지자체 또는 구금·보호시설의 인권침해 조사·구제
  - 법인, 단체 또는 사인(私人)에 의한 평등권침해의 차별행위 조사·구제
  - 성희롱 조사·구제
  - [장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률] 및 [고용상 연령차별금지 및 고용촉진에 관한 법률]에 따른 조사·구제
- **교육·홍보**
  - 인권의식 향상을 위한 교육
  - 인권문화 확산 및 홍보
- **국내·외 협력**
  - 국내 인권단체 및 개인과 협력
  - 인권관련 국제기구 및 외국인권기구와 교류·협력

인권교육센터

▷ edu.humanrights.go.kr

▷ m.edu.nhrc.go.kr

인권도서관

▷ library.humanrights.go.kr

인권 상담은 전국 어디서나 **1331**

노년기, 건강과 인권

노인인권 옹호자를 위한
인권교육교재

발간등록번호
11-1620000-000871-01

국가인권위원회

ISBN 978-89-6114-870-2 03510