



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

의료사고 민사소송에 있어
정신과 의사의 법적 책임

연세대학교 대학원

의 학 과

안 송 이



의료사고 민사소송에 있어
정신과 의사의 법적 책임

연세대학교 대학원

의 학 과

안 송 이

의료사고 민사소송에 있어 정신과 의사의 법적 책임

지도교수 송 동 호

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2020 년 12 월

연세대학교 대학원

의 학 과

안 송 이

안송이 의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 송 동 호 인

심사위원 김 소 윤 인

심사위원 이 원 인

연세대학교 대학원

2020 년 12 월

감사의 글

석사과정과 논문을 쓰는 과정에서 많은 교수님들께서 가르침을 주셨습니다. 연구의 필요성과 방향에 대해 지지해주시고 지도해주신 송동호 교수님께 감사드립니다. 또한 김소운 교수님께 대학원 수업을 들으면서 의료윤리에 대해 고민하였고 환자 안전과 의료인의 법적 책임으로 시야가 확대되었습니다. 그리고 김소운 교수님과 이원 교수님께서 하셨던 환자 안전 연구에 영향을 받았습니다. 이원 교수님께서 연구 경험을 공유해주시고 자세히 지도해주셔서 부족한 점을 메꿀 수 있었습니다.

그리고 대학원 진학을 지지해주고 격려해준 가족들께도 감사드립니다. 정신과 의사뿐 아니라 수고하는 의료진, 고통 중에 있는 환자분들께도 도움되길 바랍니다.

저자 씀

<차례>

국문요약	1
I. 서론	3
1. 연구의 필요성	3
2. 연구의 목적	5
3. 연구범위 및 방법	6
II. 환자안전사건과 의료소송 관련 법적 책임	10
1. 환자안전의 개념	10
2. 환자안전 관련 현행 법률 및 시행제도	10
가. 환자안전법	10
나. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률	11
3. 의료소송을 통해 본 의료인의 법적 책임	13
가. 일반적인 의료소송에서의 의료인의 법적 책임	13
나. 정신과 의료소송에서의 의료인의 법적 책임	13
III. 정신과 병동 내 자살 예방 지침	15
1. 해외의 병동 내 자살 예방 논문 검토	15
2. 국내외 병동 내 자살 예방 가이드라인 검토	17
가. 미국	17
나. 영국	22
다. 한국	24
IV. 결과	26
1. 판결서 분석	26
가. 환자의 특성	27
나. 피고의 특성	28
다. 판결의 특성	29
라. 사건의 특성	32
2. 정신과 병동에서 발생한 자살 사건 분석	58
가. 서울북부지방법원 2011.8.18.선고 2010 가합 8703	59

나. 서울고등법원 2017.12.22.선고 2017 나 2034941	62
V. 고찰	65
1. 연구 방법에 대한 고찰	65
2. 연구 결과에 대한 고찰	66
3. 정신과 병동 내 자살 사건 예방을 위한 제언	69
가. 자살 위험 평가	69
나. 고위험 개입 규정	69
다. 환자 감시	71
라. 집중 관찰	72
마. 병동 시설 관리	72
바. 병동 안전 모니터링	74
사. 직원 교육	74
아. 사후 관리	75
4. 연구의 제한점	75
5. 향후 연구의 제안점	77
VI. 결론	78
참고문헌	79
부록	88
ABSTRACT	115
게재 리스트	117

그림 차례

그림 1. Flow Chart	26
그림 2. 손끼임 방지 측면 보호대를 사용하여 경첩 노출을 제한한 예시.....	36

표 차례

표 1. 문헌 검토 결과 요약	16
표 2. MHEOCC 의 시설 규정(일부 발췌)	18
표 3. 정신건강 시설 디자인 지침의 시설 규정(일부 발췌)	19
표 4. NPSG 15.01.01 자살 위험을 감소시키자의 7 가지 실행 요소	21
표 5. NCISH 의 안전한 치료를 위한 도구 중 안전한 병동 관련 요소	22
표 6. 정신과 의원 대상 3 주기 평가기준 중 자살 사건 관련 기준	24
표 7. 병원 대상 3 주기 평가기준 중 자살 사건 관련 기준	25

표 8. 환자의 특성	27
표 9. 피고의 종류와 규모	28
표 10. 원고의 청구금액	29
표 11. 손해배상액 및 위자료	30
표 12. 피고의 책임비율	31
표 13. 사건의 종류에 따른 피고의 책임비율	31
표 14. 사건의 종류	32
표 15. 진단별 사건 발생 건수(일부 발체)	33
표 16. 사건 발생 시간과 입원일	34
표 17. 진단별 사건 발생 입원일	35
표 18. 목땀 사건의 요약	38
표 19. 투신 사건의 요약	40
표 20. 낙상 사건의 요약	43
표 21. 탈출 사건의 요약	45
표 22. 불명의 추락 사건의 요약	46

표 23. 약물 부작용 사건의 요약	49
표 24. 전원 관련 사건의 요약	51
표 25. 질식 사건의 요약.....	53
표 26. 환자 간 폭행 사건의 요약.....	54
표 27. 치료와 전원 지연 사건의 요약.....	56
표 28. 강박 사건의 요약.....	58
표 29. 2010 가합 8703 판결의 분석(요약).....	61
표 30. 2017 나 2034941 판결의 분석(요약).....	64

국문요약

의료사고 민사소송에 있어 정신과 의사의 법적 책임

의사는 의료소송을 경험하면서 심한 스트레스를 경험하지만 의료사고와 관련된 연구는 매우 드물다. 또한 정신과 병동에서 발생한 사건을 환자안전의 관점에서 분석한다면 사건을 예방할 수 있는 조치를 도출할 수 있을 것이다. 특히 자살 사건은 환자안전사건 중 적신호 사건으로 취급되는 중요한 사건으로, 자살 사건을 예방하기 위한 시설 및 환자 관리에 대한 자세한 분석이 필요하다.

연구자는 2005년부터 2015년까지 의료소송 판례를 조사하여 정신과 병동의 입원 환자에게 발생한 환자안전사건의 특성을 파악하였다. 총 85건 중 사건으로 인한 악결과가 사망인 경우가 53건, 손상인 경우가 32건이었다. 환자의 진단은 조현병이 가장 많았고 피고는 정신과 의사가 제일 많았다. 제일 많은 사건 유형은 자살로 28건이었고 그 외에 낙상 6건, 탈출 15건, 불명의 추락 6건, 약물 부작용 4건, 전원 관련 사건 3건, 질식 5건, 환자 간 폭행 4건, 치료 혹은 전원의 지연 사건 11건, 강박 사건 3건이 발생하였다. 자살 사건에서 가장 흔히 사용된 방법은 목맴으로 20건이었고 환자는 화장실 등의 장소에서, 문 손잡이 등을 사용해 자살을 시도하였다. 56건(65.9%)에서 원고가 승소하였고 주된 이유는 부주의 및 시설관리 위반이었다.

그리고 판결서 분석 결과와 국내외 환자안전 가이드라인과 문헌 조사를 통해 병동내 환자 자살 예방을 위한 지침을 제안하였다. 정신과 의사는 환자의 자살 위험성을 평가하며, 환자의 상태가 변하면 수시로 평가한다. 의료진은 집중 관찰 지침을 숙지하고 철저히 수행하며 위험한 물건은 수거한다. 그리고 의료진은 환자의 상태를 회의 를 통해 의논하고 사건이 발생할 경우 적절한 응급처치를 시행한다. 기관은 주기적으로 병동 환경을 점검하여 위험을 제거하고 위험이 제거될 때까지 환자의 접근을 막아야 한다. 기관은 직원에게 사건

예방을 위한 지침과 응급처치방법을 교육하고, 지침대로 이행되는지 점검한다. 또한 기관은 사건이 발생하면 원인을 분석해 지침을 수정하며 환자안전문화를 확산시킨다.

핵심되는 말 : 정신건강의학과, 의료사고, 소송, 자살, 환자안전

의료사고 민사소송에 있어 정신과 의사의 법적 책임

<지도교수 송 동 호>

연세대학교 대학원 의학과

안 송 이

I. 서론

1. 연구의 필요성

2000년 들어 예방 가능한 환자안전사건¹에 대한 보고서가 발간되고 빈크리스틴 투약사고 등이 언론을 통해 보도되면서 의학계와 국민 모두 환자안전과 의료사고에 관심을 갖게 되었다. 의료사고는 직접적으로 환자에게 피해를 끼치고 의료체계에 의료사고 관련 비용을 증가시키며 의사와 환자 간의 신뢰를 떨어뜨리는 중대한 문제이다.

¹ 학계에서는 ‘adverse event, patient safety incident, patient safety accident’ 등의 용어가 사용되어 왔으며 현재는 환자안전사건(patient safety incident)이 널리 사용되고 있다. 그런데 환자안전법제2조(정의)에서 ‘환자안전사고’라는 용어를 사용하고 있다. 국립국어원에서 검색해보면 사고는 부정적인 결과를 내포하며, 사건은 주목할 만한 사건이라는 뜻이 있기 때문에 본 연구에서는 환자안전사건이라는 용어를 사용하였다.

의료사고 관련 상담과 조정신청은 매년 증가하며,¹ 이중 절반 이상이 조정·중재 과정을 거쳐 해결되나 일부는 소송으로 진행된다.² 소송과 관련하여 의사가 경험하는 시간적, 경제적, 정신적 부담은 상당히 크다.³ 소송을 당한 의사는 소송을 진행하며 실패감이나 정신적인 혼란을 겪는다.⁴ 소송을 직간접으로 경험한 의사는 높은 손해배상 부담으로 인해 필요 이상의 검사를 처방한다.⁵ 이런 ‘방어 진료’는 진료비 증가로 이어진다.⁶ 어떤 의사는 고위험 환자 진료를 기피하거나 특정 기술 시행을 중단하며 일부는 의업을 그만두기도 한다.⁵ 이와 같이 의료사고와 이로 인한 소송은 의료인뿐 아니라 의료 시스템 전체에 큰 영향을 끼친다.

그러나 의료인은 환자안전 증진과 의료사고 예방에 대해서는 소극적으로 대처하고 있다.⁷ 환자안전사건의 관찰연구에 따르면 사건은 상당히 흔히 발생하지만 소수만 보고되거나 소송으로 이어진다고 한다.⁸ 기관 또한 의료 질 개선 활동은 보편적으로 진행하는데 반해 환자안전에 대한 관심과 개선노력은 부족하다.⁹ 환자안전문화에는 환자안전사건을 즉시 보고하고 비난이나 처벌받지 않으며 충분한 의사소통하는 것이 포함되어야 한다.¹⁰ 즉, 의료인은 의료행위를 하며 과실을 저지르지 않아야 하지만 환자안전의 관점에서 누구나 실수를 저지를 수 있음을 인정하고 사건을 개인의 문제로 취급하기 보다 사건을 예방하는 시스템을 구축하는 것이 필요하다.

한편 정신과 입원 치료 중에는 비자발적인 치료 환경, 환자의 충동성과 공격성, 특수한 치료 방법 등으로 인해 다양한 사건이 발생할 수 있다. 또한 병원 내 감염, 수술부위의 오류, 낙상 등 의료사고에 대한 연구는 진행된 바 있으나 정신과 관련 연구는 드물다.¹¹⁻¹⁵

그리고 기존 연구는 사건을 일으키는 정신과 환자의 특성에 주목한 연구가 대부분이다.^{16 17} 고위험 환자를 선별하여 관리하는 것은 사건 예방을 위

한 중요한 전략이나 위험요인은 메타분석 마다 다른 결과를 보이고 있으며 효과도 제한적이다.¹⁸ 따라서 기관은 선별 관리 뿐 아니라 다양한 전략을 사용하여 사건을 예방해야 한다.

예방 조치에도 불구하고 사건이 발생하면 의료진과 기관은 사건이 발생한 원인을 찾고 병동 환경과 환자 관리 규정을 개선해야 한다. 또한 예방을 위해 근거 기반 지침을 마련하고 상황에 맞춰 지속적으로 수정해야 한다.

본 연구는 의료소송 판례를 통해 정신과 병동에서 발생하는 사건의 특성을 분석하고자 한다. 특히, 자살 사건이 발생하는 장소와 방법에 초점을 맞추었는데 자살은 환자안전 체계에서 적신호 사건(sentinel event)으로 분류되는 중요한 사건이며,¹⁹ 위험한 물건이 제한되어 있으며 환자의 감시 정도가 높은 폐쇄 병동에서 발생하기 때문에 예방을 위한 시스템 요인을 밝혀내는 것이 중요하다고 판단하였다.²⁰ 또한 국내외 입원환자 자살 예방을 위한 가이드라인과 논문을 분석하여 판례 분석 내용과 합쳐 병동 내 자살 사건 예방을 위한 제언을 하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 다음과 같다.

첫째로, 정신과 입원 병동에서 발생한 의료소송 판례의 개략적인 분석을 통해 환자, 의료인, 판결, 사건의 특성을 검토한다.

둘째로, 적신호 사건인 자살 사건을 심층적으로 분석해 사건과 관련된 시스템 요인을 찾는다.

셋째로, 문헌 검토 및 판례 분석 결과를 토대로 정신과 입원 병동의 자살 사건 예방을 위한 환경과 환자 관리에 대한 제언을 하고자 한다.

3. 연구범위 및 방법

본 연구는 판례를 이용해 좁게는 병동에서 발생하는 사건의 종류와 상황을 살펴보고, 넓게는 환자안전의 관점에서 사건을 예방할 수 있는 방법을 제안하고자 한다. 이를 위해 제 2장에서는 환자안전의 개념, 우리나라에서 시행하고 있는 환자안전 관련 법률, 의료소송에 있어 법적 책임을 살펴보았다.

제 3장에서는 국내외 병동 내 자살 예방 가이드라인과 논문을 검토하였다. 본 연구에서 시스템적 접근은 크게 환경 위험을 제거하고 환자 관리 규정을 개선하는 것으로 보았다. 해외의 데이터베이스에서 정신과 병동 내 자살 예방을 위한 시스템적 접근과 관련된 논문을 검색하여 초록을 검토한 후 논문을 선정하였고 각 논문에서 공통적으로 제안하는 자살 예방 방법을 정리하였다. 그리고 미국, 영국, 우리나라의 정부 혹은 환자안전기구에서 제안한 자살 예방 가이드라인 중 시스템적 접근을 정리하였다.

제 4장에서는 판결서에 기술된 내용을 토대로 환자, 의료인, 판결, 사건의 특성을 살펴보았다. 판결서는 대법원 법원 도서관에서 판결문 검색 시스템을 이용해 2005년 1월 1일부터 2015년 12월 31일까지 기간을 한정하여 ‘손해배상’, ‘정신건강의학과’, ‘정신과’, ‘신경정신과’, ‘정신질환자’의 키워드를 사용해 민사소송 건을 찾았다. 검색 결과로 나온 사건 번호를 활용하여 각 법원에 판결서사본 제공신청을 하거나 판결서 인터넷 열람으로 사본을 발급받았다. 충분한 사례를 확보하며 최근 법원의 판단 경향을 확인하기 위해 최근 11년간의 판결을 검색하되 일반적인 의료소송 기간이 접수에서 판결까지 3년이 경과됨을 고려하여 2015년까지 접수된 사례를 검토하였다.¹¹ 그리고 확정 사건을 연구에 포함시키기 위해 해당기간이 아니어도 항소하였을 경우 최종 판결을 연구에 포함시켰다. 이 중 외래, 요양원, 한방

병원, 수용시설에서 벌어졌거나, 협진 중 사건이 발생하여 원고가 정신과 의사에게 소송을 제기하지 않은 경우, 보호 의무자에 의한 입원 등 입원 과정이나 입원 형태와 관련된 소송을 제기한 경우, 확정 사건이 아닌 경우를 제외하였다. 그리고 판결서의 내용에서 환자, 의료인, 의료기관 및 시스템 요인을 추출하였다. 추출한 내용은 동일 전공분야의 1인과 함께 검토하였다. 제공된 사본은 비실명화 처리가 되어 소송 당사자의 주민등록번호나 성명과 같은 개인식별정보를 알 수 없다. 본 연구는 연세 의료원 세브란스 병원 연구심의위원회에서 심의 면제되었다. (Y-2018-0144).

판결서에서 확인한 내용은 환자(원고), 의료인(피고), 판결, 사건의 특성으로 나눌 수 있다. 원고의 특성으로 성별, 나이, 진단, 중복진단여부, 사건과 연관된 과거력을 확인하였다. 피고의 특성으로 소송당사자의 지위, 의료기관의 규모를 확인하였다. 소송당사자의 경우 한 소송에 여러 피고가 있을 수 있어 중복 포함시켰다. 판결의 특성으로 원고의 청구금액, 손해배상액, 위자료, 피고의 책임비율²을 확인하였다.²¹ 또한 배상판결이 나온 경우 판결서에 기술된 근거를 확인하였다. 근거의 경우 판결에 따라 여러 부주의가 인정되기도 하여 중복으로 포함시켰다

² 책임비율은 피고의 책임을 제한할 수 있는 사유를 고려하여 결정한다. 피고의 책임을 제한할 수 있는 사유로는 환자 측의 과실과 기왕증, 입증 방해 등이 있다. 그리고 의료행위에는 위험이 따르며, 사건 발생이 의료행위 자체에서 비롯된 부작용인지 의료인의 과실이 있었는지 불명확하면 과실을 추정하기 때문에 의료인의 책임을 비율을 정해 인정하게 된다. 대개 책임비율은 80%의 범위 안에서 정해진다.

사건의 특성으로 사건 발생 시간, 사건 발생 당시 입원일, 손상 정도, 사건 발생 장소, 발생 당시 감시 및 조치 정도를 확인하였다. 사건의 종류를 분류할 때 국제환자안전분류체계(International Classification for Patient Safety, ICPS)의 분류 및 이전 논문의 사건 분류를 참고하여 분류하였다.^{22,23,38} 환자가 투신했을 때 환자의 의도와 판사의 판단에 따라 자살, 탈출 혹은 원인 불명의 투신으로 분류하였다. 사건 발생 시간은 한 주를 기준으로 주중과 주말을 나눴다. 기관마다 인계 시간 및 근무 교대 시간은 다양하고 판결서에도 정보가 나오지 않은 경우가 많아 하루를 기준으로 사건 발생 시점을 주간(8시~18시)과 야간(18시~다음날 8시)으로 나누되, 야간의 경우 의료기관의 교대시간을 고려하여 18:00부터 다음날 08:00로 정하였다. 그리고 주말은 금요일 18:00부터 다음주 월요일 08:00이며 주중이라고 하더라도 설, 추석 등과 같은 법정공휴일은 주말로 분류하였다. ICPS는 환자가 겪은 손해의 정도에 따라 없음(none), 경도(mild), 중등도(moderate), 고도(severe), 사망(death)으로 구분하고 이 중 사망의 경우 사건으로 인해 혹은 사건 이후 짧은 시간내에 발생한 것을 기준으로 하였다.²³ 짧은 시간 내에 사망한다는 기준이 모호하여 본 연구에서는 사건 당시 사망한 채로 발견되었거나 사건 이후 심폐소생술과 같은 응급처치 혹은 수술을 받았으나 사건이 원인이 되어 중환자실에서의 치료 도중 사망한 경우 사망으로, 사건 이후 6개월 이상 지나 폐렴 등 이차적 합병증으로 사망한 경우는 손상으로 구분하였다. 상대적으로 손상이 사망에 비해 경미하거나, 사건 당시 의료진의 빠른 발견 및 적절한 대처를 경과가 좋을 것이라고 판단하였기 때문이다.

시스템 요인을 평가하기 위해 사건에 사용된 도구, 사건이 발생한 장소, 안전장치, 탈출·추락방지시설 설치 여부, 의료진이 시행한 감시 및 응급조

치를 검토하였다. 감시의 정도는 기존 연구를 참고하여 영국의 국립보건원 (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)를 기준으로 평가하였는데 판결서에 나온 정보 및 환자의 발견 당시 상황을 토대로 하였다. NICE에서는 감시의 수준을 4단계로 나누는데 level 1은 저 수준의 일반적인 감시, level 2는 15분에서 30분사이의 간격으로 확인하는 일시적 감시, level 3은 시야 안 지속적 감시, level 4는 의료인의 팔이 닿는 거리 안 지속적 감시이다.^{24,25} 감시는 판결서에 기술된 감시 수준과 환자의 입원 당시 및 입원 중 상태를 고려하여 연구자가 필요하다고 판단한 수준이 차이가 나는지도 살펴보았다. 예를 들면, 입원 전 환자의 자살 시도 병력, 자살 시도로 인한 입원, 입원 중 지속적인 자해·자살 시도, 자살 생각의 호소, 다른 환자와 다투거나, 음주 후 귀원하여 흥분한 상태에서 보호실에 입실한 경우, 퇴원요구가 받아들여지지 않은 상황이라면 level 2에 해당한다고 평가하였다.

그리고 사건의 과정과 각 기관의 자살 예방 규정을 잘 알 수 있는 사례 두 건을 선정하여 자살 예방 규정 내용의 적절성과 개선방안을 살펴보았다.

제 5장에서는 연구 내용을 고찰하고 정신과 병동 내 자살 예방을 위한 제언을 하였다.

II. 환자안전사건과 의료소송 관련 법적 책임

1. 환자안전의 개념

기존 의료사고 개념은 행위자인 의료인과 의료제공 과정에 초점이 맞춰져 있었다. 의료오류(medical error)는 계획한 활동을 의도대로 성취하지 못했거나 목표 달성을 위한 계획을 잘못 수립한 것을 의미한다. 그 결과 환자가 갖고 있는 질병이 아닌 의학적 처치에 의해 발생한 손상이 발생하고 이를 위해사건(adverse event, harmful event)이라 한다.¹⁰ 환자안전은 의료인보다 환자에 초점을 맞추며 손상을 피하며, 예방하고, 개선하는 것이다. 손상이 발생하지 않는 근접오류(near miss)까지 포함하는 넓은 개념이라고 할 수 있다. 또한 환자의 상태에 초점을 맞춰 환자안전사건을 정의하면 ‘의료에 의해 발생한 우연한 또는 예방가능한 손상이 없는 것’으로 정의할 수 있다.²⁶ 그리고 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 과정에 초점을 맞춰 환자안전은 의료에서 발생하는 불필요한 위해의 위험을 허용되는 최소한으로 낮추는 것으로 정의하였다.²³ (Patient safety is the reduction of risk of unnecessary harm associated with healthcare to an acceptable minimum.)

2. 환자안전 관련 현행 법률 및 시행제도

가. 환자안전법

우리나라에서는 의료진이 환자 확인을 제대로 하지 않고 잘못된 수술을 하거나, 수술용 거즈 등을 제거하지 않고 수술을 마치는 일 등이 사회적인 문제가 되었다. 그리고 2012년 빈크리스틴 투약사고가 사회적으로 큰 반향을 일으키고 환자의 부모 및 환자 단체들의 노력으로 사회적 공감대가

형성되면서 환자안전법이 발의되었다. 그리고 2016년 7월 29일 환자안전법이 시행되면서 환자안전 학습 보고 시스템이 개발되어 사용되고 있다. 이 시스템은 의료인의 자율보고 정보를 수집·분석·공유하는 데이터베이스를 구축함으로써 의료사고를 줄이는 데 초점을 맞춰져 있는데 정신과에서 빈발하는 자살, 자해와 관련된 보고기준은 없다.

그리고 관련 법령에 의거해 100병상 이상 종합병원과 200병상 이상 병원급 의료기관에 환자안전위원회를 설치하고 전담인력을 배치해 환자안전사건 정보의 수집·분석 및 관리·공유나 환자안전사건 예방 및 재발 방지를 위한 보건의료인 교육 등을 담당하고 있다. 그러나 의무화 이전에도 종합병원이나 병상수가 많은 병원은 환자안전 전담부서 혹은 인력배치가 되어 있으나 병상수가 작은 병원은 그렇지 않았다. 또한 감염관리에 대해서는 전담부서가 있으며 적극적인 원내감염 방지 노력을 하고 있으나 환자안전과 관련된 활동은 부족하였다.²⁷

우리나라는 환자안전법을 근거로 하여 제1차 환자안전종합계획이 수립하였고 국가적 차원에서 환자안전사건 실태조사를 5년 주기로 실시하기로 하였다. 이를 위해 환자안전사건 실태조사 시스템을 마련하여 공공의료원 퇴원 환자를 대상으로 환자안전사건 실태조사가 시행되었다. 기존의 외국 연구와 마찬가지로 우리나라도 입원 환자의 약 10%에서 환자안전사건이 발생하고 있었다.²⁸

나. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(약칭 : 정신건강복지법)

정신질환자가 기도원이나 요양시설 등에서 인권 침해를 당하며 치료를 받지 못하는 사건이 공론화되면서, 정신보건법은 1995년 12월 30일 미인

가 정신의료기관 및 시설 등을 제도화하고 입·퇴원 절차를 규정하기 위해 제정되었다. 이후 헌법재판소에서 보호의무자에 의한 입원이 헌법불합치로 결정되고 인권의 보호 및 정신질환자를 위한 복지서비스의 근거를 마련하기 위해 2016년 5월 29일 정신건강복지법으로 개정되었다.

정신의료기관의 시설 및 장비 기준은 정신건강복지법 시행규칙 제11조 제1항에 규정되었다. 시행규칙은 입원실의 면적과 입원환자 50명당 보호실 설치, 경보연락장치의 설치 필요성 등을 규정했으나 입원실과 보호실은 자·타해를 예방할 수 있도록 설치해야 한다고만 되어 있고 구체적인 기준은 없다.

정신건강복지법 제31조(정신건강증진시설의 평가)에 근거하여 정신의료기관의 서비스 수준 격차를 해소하고, 의료기관 간 상호경쟁을 통해 국민에게 양질의 정신의료서비스를 제공할 수 있는 환경을 조성하기 위해 정신병원, 정신과 입원 병상(폐쇄 및 개방병상 포함)을 보유한 병원급 이상 의료기관에 설치된 정신과와 정신과 의원은 주기적으로 의료기관 평가·인증을 받고 있다. 이 중 정신병원은 의료법 제58조의4에 따른 의료기관 인증을 매 4년마다 받고 있으며, 설치과 및 정신과 의원의 경우 의료기관평가인증원에서 2012년부터 매 3년마다 평가받는다.

그러나 인증은 해당 항목에 대해 병원별로 기준을 마련하였는지가 평가 기준이 되며 표준 지침이나 최소한의 기준을 제시하지는 않고 있다. 예를 들면, 자해 및 자살을 방지하기 위한 병원 내 지침의 유무만이 평가의 대상이다. 이런 점은 2012년 1주기 정신의료기관 인증 시행 후 조사위원의 설문조사 결과에서도 지적되었다. 인증기준의 내용이 적절한가에 대한 응답에서 ‘아주 그렇다’는 5.9%, ‘조금 그렇다’는 52.9%, ‘보통이다’는 27.9%, ‘별로 그렇지 않다’는 13.2%, ‘전혀 그렇지 않다’는 0%로 나타났다. 인증

기준 내용의 적절성에 ‘별로 그렇지 않다’와 ‘전혀 그렇지 않다’에 응답한 조사위원을 대상으로 인증 기준 내용 중에 보장되어야 할 사항을 질문하였을 때, 복수 응답한 결과 환자안전 38.9%, 환경안전 11.1%, 약물관리 22.2%, 감염위생 16.7%, 기타 11.1% 로 나타났다.²⁹

3. 의료소송을 통해 본 의료인의 법적 책임

가. 일반적인 의료소송에서의 의료인의 법적 책임

의료사고에서 과실은 주의의무위반을 의미하는데 여기에 결과예건의무와 결과회피의무가 포함된다. 의사는 통상의 평균적인 의사가 갖추어야 할 의학상의 지식과 기술에 따른 주의를 다하여야 하며, 어떤 결과가 발생하리라는 것을 예견해야 하고 그러한 위험한 결과의 발생을 회피하기 위한 수단을 강구해 치료해야 한다. 즉, 의사는 진단, 검사, 치료 방법의 선택, 치료 후 관리에 있어 발생할 수 있는 결과에 대해 예견할 수 있어야 하기에 끊임없이 전문 지식을 습득하고 예견되는 악결과에 따라 가능한 다양한 대안을 검토해 최선의 조치를 취해야 할 의무를 지고 있다. 이 외에도 의사는 환자가 진료 과정에 일정한 결정을 할 수 있도록 충분한 설명을 해 줄 의무를 부담한다.³⁰ 의료사고의 특성상 발생 후 인과관계 증명이 어려운데 의료인이 인과관계에 대한 입증책임을 전환 받을 수도 있다.³¹

나. 정신과 의료소송에서의 의료인의 법적 책임

의료사고의 경우 투약오류, 낙상, 설명의무 위반, 오진 등의 다양한 범위의 사건이 발생할 수 있으며, 이는 정신과에서도 마찬가지다.

한편 정신과는 환자를 개인의 자유가 제한된 폐쇄 병동에 입원시켜 치료한다. 따라서 환경이나 비자발적인 치료에 동의하지 않는 환자가 병동을 탈출하거나 의료진을 공격하는 등의 사건이 발생할 수 있다. 또한 자·타해

의 위험이 높은 환자가 입원하면 환자 자신과 다른 환자를 보호해야 하므로 의료진의 주의의무의 정도가 높다.³² 즉, 입원 계약을 할 때 증상의 치료 뿐 아니라 환자의 자살이나 사건을 방지하는 것도 병원과 환자 혹은 보호자 간의 진료 계약의 일부라고 볼 수 있다.³³ 그리고 특수한 치료인 급속정온요법(rapid tranquilization), 격리·강박이나 전기충격요법과 같은 치료를 시행할 경우 의료진이 환자와 보호자에게 충분한 설명을 통한 동의를 받아야 하고, 환자가 의사 능력이 없으면 가족이나 후견인에게 설명해야 한다. 이런 설명의무로 인해 법적 분쟁이 발생할 수 있다.

또한 의료인은 정신건강복지법에 규정된 절차에 따라 자의 입원을 권유하거나 대면진단을 통해 입원지시를 해야 한다. 보호의무자에 의한 입원이나 격리 및 강박과 같은 신체 제한을 하는 치료방법은 관련 법 규정에 의거하여 의료인이 꼭 필요한 상황에서 시행되도록 제한되어 있다.³⁴

그런 이유로 관례에서는 의료진이 환자를 진찰하고 평가하여 사건의 위험성을 파악하고 예견하였는지를 확인한다. 또한 의료진이 환자의 상태에 적절한 수준의 관리·감독을 실시하였는지를 파악한다. 그리고 사건 예방을 위해 병원 건물 및 병원 내 시설을 적절하게 설치·관리하였는지를 판단한다. 이때 법에서 규정한 시설, 인력 기준을 충족하는지는 최소 조건이며 그 외에도 합리적 사고를 통해서 확인한다.

한편으로는 환자는 치료에 대한 자기 결정권, 사생활을 보호받을 권리가 있는데 환자안전이라는 가치와 충돌할 수 있다. 의료인이 최선을 다했음에도 환자가 돌발적으로 일으킨 사건은 회피하기 어렵다.^{32,33}

Ⅲ. 정신과 병동 내 자살 예방 지침

1. 해외의 병동 내 자살 예방 논문 검토

본 장에서는 병동 환경과 환자 관리에 초점을 맞춰 국내외 병동 내 자살 예방 논문을 검토하였다. 해외의 데이터베이스(pubmed, Cochrane trial, medline complete, psychINFO)에서 (병원 혹은 입원 환자 혹은 입원)과 정신과와 자살과 예방과 환자안전의 키워드로 검색하였고, pubmed는 111건, Cochrane trial 5건, medline complete 46건, psychINFO 114건의 결과가 나왔다. 이 중 본문이 영어이며, 치료법이 아닌 병동 내 자살 예방 개입인지 여부를 초록을 확인하였다. 총 14건이 분석되었고 기술연구는 8건이었고 고찰연구는 6건이었다. 구체적인 내용은 부록으로 첨부하였다.

기존 연구 결과를 요약하면, 환자의 자살 위험을 평가하며, 자살 예방을 위한 병원 내 시스템을 마련해야 한다고 기술하였다. 그리고 병동 환경에 위험요인이 존재하기 때문에 그 위험을 감시하고 제거하기 위한 체계를 마련해야 한다고 제안한다. 또한 집중 관찰을 시행할 때 기준을 마련하고, 기록하고, 환자 상태의 변화를 인계하며, 집중 관찰을 처방된 대로 철저히 수행하도록 권고한다. 기관은 집중 관찰을 시행하는 보호실의 설비를 점검하고 의료진 간 소통과 역할 분담을 명확히 규정하며 자살 예방 전담 인력을 확충하고 환자안전문화를 확산시키며 자살 사건 발생 후 근본원인분석(root cause analysis)을 시행하는 것이 필요하다.

국내의 데이터베이스(RISS, KISS, Kmbase, Koreamed, ScienceON, KCI)에서 같은 키워드로 분석한 결과 자료가 없어 정신과, 입원, 자살만의 키워드로 RISS 92건, KISS 21건, Kmbase 2건, Koreamed 199건, ScienceON 59건, KCI 15건이 검색되었으나 병동 내 자살 예방 개입 논문은 없었다.

표 1. 문헌 조사 결과 요약

범주	저자
선별	Rachlin(1984) ³⁵ , Lieberman(2004) ³⁶ Sakinofsky(2014) ³⁷ , Inoue et al(2017) ³⁸
자살 예방 시스템 마련	Jayaram(2014) ³⁹ , De Santis et al(2015) ⁴⁰
기록 작성	Rachlin(1984)
치료진 회의	Jayaram(2014)
환경 위험 제거	Lieberman(2004), Mills et al(2008) ⁴¹ Watts et al(2012) ⁴² , Wasserman et al(2012) ⁴³ Mills et al(2013) ⁴⁴ , Sakinofsky(2014) De Santis et al(2015), Watts et al(2017) ⁴⁵
환경 위험 감시	Sakinofsky(2014), Jayaram(2014) De Santis et al(2015)
집중 관찰 시행	Lieberman(2004), Stewart et al(2009) ⁴⁶ Bowers et al(2011) ⁴⁷ , Wasserman et al(2012) Jayaram(2014), Sakinofsky(2014) De Santis et al(2015), Russ(2016) ⁴⁸
집중 관찰의 효과 검증	Russ(2016), Stewart et al(2009)
관찰 시행	Lieberman(2004), Bowers et al(2011), Jayaram(2014)
고위험군 관리	De Santis et al(2015)
환자안전문화 확립	Jayaram (2014), De Santis et al(2015)
사후대처	De Santis et al(2015)

2. 국내외 병동 내 자살 예방 가이드라인 검토

그동안 환자 개인의 자살 예방을 위해 다양한 치료 전략이 개발되고⁴⁹ 효과를 분석했다면,⁵⁰ 환자안전기구에서는 병동 자살 예방을 위한 병원 시스템 초점을 맞춰 다양한 병동 환경 수정 및 환자 관리 규정이 개발되었다.

가. 미국

2001년 자살 예방 국가 전략이 발표된 이후 다양한 민간단체에서 자살 예방 지침을 발표했다. 헨리포드 건강 시스템(Henry Ford Health System)에서는 모든 행동건강 환자에 있어 자살 위험 평가, 급성 자살 위험이 있는 환자의 도구 제한, 의료인을 위한 교육, 퇴원 환자를 전화로 추적관찰, 동료지원서비스를 제공하여 자살률을 감소시켰다.⁵¹ 이와 유사하게 임상 치료 및 중재 활동 동맹 대책 위원회(Action Alliance Clinical Care and Intervention Task Force)에서는 자살 제로(Zero Suicide) 프로그램을 다양한 주에 보급해 자살률을 감소시켰다. 이 프로그램은 지도력, 훈련, 선별 및 평가, 체계적 자살 돌봄 규정, 근거 기반 치료, 치료 전환기 지지 제공, 결과 도출 및 질 향상 시행이라는 7개의 요소로 이루어져 있다.⁵² 전체 자살에서 입원 환자 자살은 6%를 차지하나 환자안전 분야에 있어 적신호 사건으로 분류되는 만큼 자살 예방을 위한 다양한 개입이 개발되었다.⁵³

(1) 재향군인회의 정신건강 환경 체크리스트(Mental Health Environment of Care Checklist, MHEOCC)와 정신건강 시설 디자인 지침(Mental Health Facilities Design Guide)

재향군인회는 병원 내 자살 중 54%가 정신과 병동에서 일어나며 자살 중 70%는 목땀이라는 결과를 도출하고 목땀 걸이와 같은 환경 위험을 찾아 제거하도록 MHEOCC를 개발하였다.⁵⁴ 여기에는 목땀 뿐 아니라 탈출,

낙상, 폭력과 같은 다양한 사건을 막기 위한 환경 지침이 포함되어 있다. 기관은 이 지침대로 재향군인회 병원을 짓거나 리모델링하며, 주기적으로 안전 점검을 시행하고 병동 환경을 수정한다. 이 기준에 따라 기관은 학제간 팀을 구성하고, 팀은 병실, 보호실, 화장실, 기타 공간을 매 6개월간 점검하고 점검 결과와 위험을 감소시킬 계획을 온라인의 환자안전 평가 도구에 입력한다. 팀은 6개월 뒤에는 계획이 완성되는 과정을 추적해 검토사항을 입력한다. MHEOCC는 시설을 바꿀 경우 여기에서 권고하는 규격에 맞는 재료를 판매하는 업체도 권고해준다. MHEOCC 중 자살 위험과 관련된 환경 위험은 아래와 같으며 부록에 자세히 정리하였다.

표 2. MHEOCC*의 시설 규정(일부 발췌)

범주	기준 및 평가항목
일반	창문(관유리20b. 창틀21b.), 문(경첩24. 복도문의 금속장치25.) 가구(일반29.) 기타(쓰레기통34.)
병실	플랫폼침대41. 베개와 매트리스41.2.
화장실	손잡이46a. 휴지 걸이47. 샤워기56.
보호실	창문67. 크기와 가시성68. 맹점71. 매트리스75.1. 잠금장치77.
입구	출입문79. 출입 통제83.
야외	울타리, 문103a.b. 무인 카메라와 알람107.a.c.

* MHEOCC 는 재향군인회 환자안전사이트에서 확인할 수 있음.
 (<https://www.patientsafety.va.gov>)

그리고 재향군인회는 정신건강 시설 디자인 지침을 통해 병동 및 야외 시설의 규격을 제안한다. MHEOCC가 입원환자의 병동 환경에 중점을 두었다면 정신건강 시설 디자인 지침은 재활시설과 외래, 야외, 건물 디자인도 권고하며 환자안전에 더해 디자인이 환자와 의료진에게 주는 영향을 고려해 환자 중심의 치료환경을 설계한다.

표 3. 정신건강 시설 디자인 지침의 시설 규정(일부 발췌)*

범주	지침
야외	간호사실의 의료진이 볼 수 있게 병동 내에 위치함. 울타리 추천 높이는 4.27미터임. 외부로 통하는 문을 견고하게 만들고 늘 잠그며 알람을 설치함. 피난통로 문을 원격 제어하며 구내전화를 설치함. 180도 시야의 감시카메라를 높게 설치함.
거주 재활 시설	주요 출입구 외 출입구, 탈출문에 응급상황이나 허가 없이 열릴 때 울리는 알람을 설치함. CCTV(closed circuit television, CCTV)를 출입문, 공공장소(문, 복도, 계단)에 설치해 관찰함. 시설에 사용되는 유리는 잘게 부스러지지 않아야 함. 환자가 방이나 화장실 문을 막으면 외부에서 열 수 있어야 함.

*정신건강시설 디자인은 재향군인회 환자안전사이트에서 확인할 수 있음.
(<https://www.patientsafety.va.gov>)

(2) 국제의료평가위원회(The Joint Commission International, JC)

JC는 미국 기반의 비영리 병원인증단체로 2017년부터 정신과 입원 병동에서 발생하는 목땀, 자살, 자해에 대해 평가하였다. 평가자는 병동 환경의 자해 혹은 목땀 위험을 관찰해 기록하고, 기관이 위험을 발견해 없애는 계획을 세웠는지 같은 기관의 환경 평가 계획을 평가한다. 평가자는 평가 내용을 채점해 기록하며 고위험 상황을 발견할 경우 임시 신입 거부 및 72시간 내 위험 제거를 권유할 수 있다. 설문 후 기관은 60일 내에 환경 요인을 교정한다. 입원 환자 자살은 국가환자안전목표(National Patient Safety Goal, NPSG)의 자살 감소를 이행하기 위한 진료 환경 관리(Environment of Care) 기준에 의거해 평가된다. JC에서는 개입 기준을 권고하지 않으며, 특정 설비나 제품을 추천하지 않는다.

환경 위험을 제거하는 것은 문 경첩, 고리 같은 목땀 걸이나 화장실과 샤워실의 커튼을 제거하는 것이다. 목땀 위험을 평가할 때 높이는 상관없어서 화장실이나 싱크대 밑의 노출된 파이프도 위험하다고 평가한다.

환경 위험에 대한 개입은 병동의 종류에 따라 다르다. 정신과 개방 병동 등 입원 병동이 아닌 경우는 목땀 위험을 제거할 필요는 없다. 그러나 환경 위험을 평가하고, 자살 고위험 환자를 선별하며, 환경 위험을 발견하면 조치를 취하는 것은 같다. 예를 들면, 자해에 사용될 수 있는 물건을 병실에서 제거하고, 집중 치료를 위해 타기관으로 전원하게 되면 대기할 동안 집중 관찰한다. 내과 병원 같은 일반 병원은 자살 고위험 환자를 일대일 관찰하고, 자해에 사용될 위험이 있는 물건을 제거하고, 방문객이 가져오는 물건을 확인하고, 안전한 이동 절차를 사용한다. 목땀 위험을 제거할 필요는 없으나 자살 고위험 환자 주변의 자해에 사용될 수 있는 물건이나 환경 위험을 규칙적으로 제거한다.

자살 고위험 환자의 관찰을 위해 간호사실에서 병동이 보여야 한다. 자살 고위험 환자는 자격을 갖춘 의료진이 일대일로 지속 관찰하되 의료진이 환자와 함께 있는 것이 위험하면 카메라로 감시하고, 그 외에는 카메라는 일대일 감시에 보조적으로만 사용된다.

표 4. NPSG 15.01.01 자살 위험을 감소시키자의 7가지 실행 요소*

번호	내용
1	기관은 자살에 사용될 수 있는 환경 위험을 파악하고 최소화함.
2	자살 생각이 있는 모든 환자를 적합한 선별 도구로 검사함.
3	자살 생각이 있는 환자를 근거에 기반해 자살 위험을 평가함. (직접 자살 생각, 계획, 의도, 자살 혹은 자해 행동, 위험요인 및 보호요인을 질문함.)
4	환자의 자살 위험의 정도와 자살 위험을 약화시킬 계획을 기록함.
5	자살 위험이 있는 환자를 돌볼 때의 정해진 전략과 절차를 따름. (의료진 훈련 및 훈련 수준 평가, 자살 위험에 대한 재평가의 기준 마련, 자살 고위험군 모니터링 등이 포함됨.)
6	자살 위험이 있는 환자가 퇴원할 때의 상담 및 추후 돌봄에 대해 정해진 전략 및 절차를 따름.
7	자살 위험이 있는 환자를 선별, 평가, 관리하는 전략과 절차의 적용과 효과에 대해 모니터링하고 순응도를 높임.

*국가안전목표는 JC의 웹사이트에서 확인할 수 있음.

(<https://www.jointcommission.org>)

나. 영국

(1) 정신질환자에 의한 자살 및 타살에 대한 국가 비밀 조사 (National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness, NCISH)의 안전한 치료를 위한 도구

맨체스터 대학은 보건사회복지부(Department of health and social care) 등의 지원을 받아 1996년부터 NCISH를 시행하였다. NCISH는 매년 국가 자살 통계를 발표하고 이는 정책 및 가이드라인의 기반이 되며 자살률을 낮추는데 일조하고 있다. NCISH는 보고서를 토대로 정신건강서비스를 제공할 때 더 안전한 치료를 위한 열가지 도구를 제안하였다. 이 도구는 안전한 병동, 퇴원 후 2-3일 내의 외래치료, 지역 외 입원을 없앴, 24시간 위기해결 및 가정 치료팀, 가족의 참여, 우울증에 대한 안내, 지역사회 원조, 의료진의 낮은 이직, 이중진단을 받은 환자를 위한 서비스로 구성된다.

표 5. NCISH의 안전한 치료를 위한 도구 중 안전한 병동 관련 요소*

기준
1 목땀 걸이를 제거한다. : 접하지 않는 커튼 레일과 낮게 위치한 목땀 걸이를 제거하며 입원 환자 안전을 심층적으로 검토함.
2 경험이 많은 의료진이 환자 관찰을 시행한다.
3 허가 없이 병동을 나가는 것을 막는다. : 출입구를 CCTV나 카드출입으로 관찰하고 관찰 지침에 출입구 관찰을 포함시킴. 탈출 대응 지침을 마련하고 환자 경험을 향상시킴.

* 안전한 치료를 위한 도구는 NCISH의 웹사이트에서 확인할 수 있음.
 (<https://www.rcpsych.ac.uk>)

(2) 돌봄품질위원회 (Care Quality Commission, CQC)의 시찰

2000년에 최고의료책임자(Chief Medical Officer)가 병원 내 목땀 자살 보고서를 발간하였고 모든 정신보건기관에 조립식 침대와 샤워 커튼 레일을 2002년 3월까지 제거했다.⁵⁵ 2009년부터 조립식 레일을 사용하는 것은 모든 정신과 입원환경에서 결코 일어나지 말아야 할 사건으로 간주된다. CQC는 보건사회복지부 산하 기관으로 2009년에 설립되어 2012년부터 건강 및 사회보장법 (Health and social act 2008)12,15에 근거해 목땀 걸이와 장소 같은 위험을 발견해 제거하는 평가를 하고 있다.

CQC는 목땀 고위험 장소를 의료진이 직접 감시하지 않으며, 환자가 혼자 있으며, 급성 정신질환자, 자살 고위험군, 치료에 저항하거나 혼란스러운 행동을 하거나 물질 남용이 동반된 자가 사용하는 병동이나 지역에 위치하는 곳으로 정의하고 있으며 예로 병실, 화장실, 샤워실이다. 목땀 걸이는 바닥에서 0.7미터- 4미터 사이에 위치한 것이 고위험으로 평가한다.

CQC는 목땀 위험을 감소시키기 위한 규정과 절차를 검사하며 직접 병동을 돌아 목땀 걸이를 확인한다. 그리고 병동 관리자에게 마지막 목땀 위험 검사 자료를 요청해 12개월 이내에 검사해 병동 환경을 수정했는지, 위험의 심각도에 따라 구조화된 접근을 했는지, 명백한 목땀 걸이를 발견해 위험 감소 계획을 세우고 실천했는지 확인한다. 또한 CQC는 의료진을 면담하고 병동을 직접 관찰하며, 간호 기록을 평가한다. 이 중 자살 고위험군에게 목땀에 사용할 수 있는 물건을 의료진에게 건네 주도록 요청하고, 목땀 걸이가 없는 병실로 배정하며, 환자가 목땀 걸이가 있는 구역에 있을 때 집중 관찰했는지, 계획과 실제 관찰 및 기록이 일치하는지 확인한다. CQC 시찰 기준은 <https://www.cqc.org.uk/>에서 확인할 수 있다.

다. 한국

우리나라는 정신건강복지법 제31조를 근거로 의료기관평가인증원에서 정신의료기관을 평가하며 2018-2020년간 3주기 평가를 진행했다. 자살 예방 관련 기준은 환자안전 기준, 중증환자 관리를 위한 처치(심폐소생술, 격리, 강박), 시설 및 물품 관리 기준이다. 본 기준은 규정의 유무만을 판단하며, 환자의 자살 위험 평가나 환경 위험 평가 기준은 존재하지 않는다.

표 6. 정신과 의원 대상 3 주기 평가기준 중 자살 사건 관련 기준*

범주	기준 및 평가항목
1.기본가치체계	
[환자안전]	1.3 정신과적 응급상황에 대처하는 체계가 있고, 이를 수행한다
II.환자진료체계	
[중증환자 진료체계]	6.2 정신과적 응급상황으로 격리가 필요한 경우 적절하고 안전한 격리 규정이 있고 이를 준수한다. 6.3 정신과적 응급상황으로 강박이 필요한 경우 적절하고 안전한 강박 규정이 있고 이를 준수한다.
III.지원체계	
[설치시설관리]	11.1 정신의료기관의 법적기준을 준수한다
[위해도구 안전관리]	13.1 위해도구 관리를 위한 계획을 수립하고, 수행한다

*이 기준은 의료기관평가인증원의 웹사이트에서 확인할 수 있음.
 (<https://www.koiha.or.kr>)

병원에 설치된 정신과는 의료법 제58조(의료기관 인증)에 근거해 급성기 병원인증도 함께 받는다. 3주기 급성기병원인증도 병원 내부 규정 유무만 확인한다. 환자안전사건 관련 기준을 살펴보면 기관은 환자의 진료 책임자를 정해 정보를 공유하며 환자의 상태가 악화되면 조기에 인지해 대응한다. 특히, 전과, 전동, 근무교대, 담당 의료진의 변경시 더 주의한다. 그리고 환자가 타기관에서 의뢰되면 진료 정보를 확인한다. 중증 응급 환자를 이송할 때 적격한 사람이 이송한다. 환자를 격리·강박할 경우 의료진은 환자를 주기적으로 관찰하며 강박끈이 너무 팍 조이지 않도록 한다. 시설과 환경 안전관리를 위해 담당자를 세워 점검하고 반입 금지 품목을 정해 놓고 감시한다. 환자안전사건이 발생할 경우 경찰 등 연결 시스템을 마련한다.

표 7. 병원 대상 3 주기 평가기준 중 자살 사건 관련 기준*

범주	기준 및 평가항목
II. 환자진료체계	
2.진료전달체계와 평가 진료전달체계	2.1.4. 환자진료의 일관성 및 연속성 유지
3.환자진료 고위험 환자 진료체계	3.2.2. 심폐소생술 관리 3.2.5. 신체보호대 및 격리 강박
III. 조직관리체계	
7.질 향상 및 환자안전 활동	7.3. 환자안전사건 관리
11.시설 및 환경관리	11.1. 시설 및 환경 안전관리 11.4. 보안관리

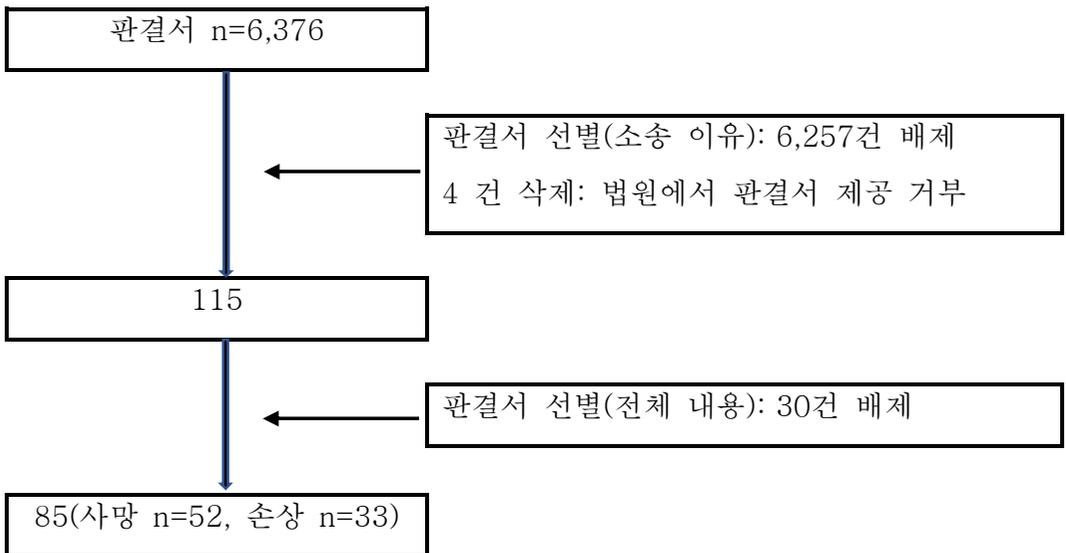
*위의 기준은 의료기관평가인증원의 웹사이트에서 확인할 수 있음.
 (<https://www.koiha.or.kr>)

IV. 결과

1. 판결서 분석

대법원 법원 도서관에서 2005년 1월 1일부터 2015년 12월 31일까지 기간에 신경정신과, 정신건강의학과, 정신질환자, 정신과를 키워드로 검색한 결과 각 1213건, 304건, 258건, 4601건의 결과가 나왔다. 이 중 소송의 이유를 살펴보고 의료소송이 아니거나, 정신건강복지법의 보호입원 관련 소송이거나, 사건이 의료기관이 아닌 곳에서 발생했거나, 외래 치료 중 혹은 환자가 퇴원한 후 발생했거나, 타과 병동에서 발생했거나, 정신과가 아닌 다른 과에 입원한 환자에게 발생했거나, 협진 중 발생하여 소송 당사자가 정신과 의사가 아니거나, 환자가 치료에 불만이 있거나 오진을 주장했거나, 확정사건이 아닌 경우 제외하였다. 이후 해당 법원에 판결서를 신청해 전문을 읽었으며 위와 같은 기준으로 30건을 더 배제하였다.

그림 1. Flow chart



가. 환자의 특성

환자는 평균 35.9세였으며 최소 15세 1개월, 최대 68세 11개월이었다. 사망 환자의 나이는 평균 36.2세로 손상 환자의 나이 평균 34.8세에 비해 많았다. 진단은 중복인 경우를 모두 포함하였다.

표 8. 환자의 특성

(건)	전체	사망	손상
성별			
남:여	38:23	27:14	11:9
성별미상	24	11	13
진단			
조현병	31	21	10
알코올의존	22	15	7
우울장애	13	11	2
인격장애	6	6	0
양극성장애	6	3	3
치매	2	0	2
기질성정신장애	5	4	1
강박장애	3	3	0
지적장애	2	1	1
기타*	9	3	6
미상	4	1	3
비조현병	50	30	20

* 도박중독, 섭식장애, 충동조절장애,品行장애, 헤르페스 뇌염

나. 피고의 특성

소송당사자는 운영자인 의사(n=43)가 제일 많았고 의료기관의 규모는 병원이 제일 많았다. 의료기관의 위치는 미기재된 경우를 제외하고 경기도 및 서울이 각 20건, 9건이었다.

표 9. 피고의 종류와 규모

(건)	전체	사망	손상
피고의 종류			
의사(운영자)	43	22	21
주치의	5	3	2
의료법인	28	18	10
학교법인	13	8	5
기타*	13	10	3
의료기관의 규모			
대학병원	4	4	0
병원	66	42	24
의원	15	6	9

* 행정직원(n=4), 대한민국(n=3), 구급차 운전기사(n=1), 간호사(n=1), 간병인 알선업체 대표(n=1), 지역사회(n=1), 입원 중인 환자(n=1), 건설회사(n=1)

다. 판결의 특성

심급에 따라 분류하면 1심 판결은 55건, 2심 판결은 30건이었다. 2심 판결 중 대법원에 항고되었으나 기각된 사례가 13건이었고 1건은 파기 환송되었다. 판결은 연구기간 전기간에 걸쳐 분포되었다.

원고의 청구금액은 평균 205,398,563.1원이었다. 손상 사건에서 평균 금액이 더 많았으나 중간값은 사망 사건에서 더 많았다.

표 10. 원고의 청구금액

(원)	전체	사망	손상
평균	207,534,593	196,956,703	225,054,223
표준편차	204011813.1	120973123	296180132.3
중간값	163,000,000	170,201,344	142,483,731

85건 중 56건(65.9%)에서 손해배상 판결이 나왔고 사망이 38건(73.1%), 손상이 18건(54.5%)이었다. 평균 손해배상액은 62,765,780.3원인데 평균과 중간값의 차이가 컸다. 중간값으로 비교하면 사망인 경우, 2심 판결인 경우 더 손해배상액이 많았다. 원고의 청구금액 대비 손해배상액을 보는 인용율은 평균 30.2%이었다. 손해배상액 중 위자료는 19,296,226원이었다.

손해배상판결에서 과실이 인정된 가장 큰 이유는 부주의(n=49)였고 시설관리 위반(n=23)이 그 뒤를 이었다. 그 외에 응급처치 부족(n=4), 진단 혹은 전원의 지연(n=3), 설명에 입각한 동의를 얻을 의무의 위반(n=1), 진료계약 위반(n=1), 책임무능력자의 감독자의 책임(n=1), 사용자 책임(n=7)도 이유가 되었다.

표 11. 손해배상액 및 위자료

(원)	전체	사망	손상
손해배상액			
평균±표준편차	62,765,780.3 ±391140911	60,760,298 ±38537236	67,366,593.3 ±94538354.6
중간값	57,201,953.5	57,629,808	40,959,345
위자료			
평균±표준편차	19,296,226 ±11459963	21,017,949 ±11634836	14,500,000 ±9795996
중간값	16,000,000	16,000,000	10,500,000
1심 손해배상액*			
평균±표준편차	53,185,361 ±33352306.7	56,143,552 ±31932236.93	47,762,010.8 ±36618332.2
중간값	52,467,125	57,201,954	42,423,176.5
2심 손해배상액			
평균±표준편차	77,571,883 ±85995368.7	66,734,910 ±46060921.7	114,417,591.2 ±167756538.8
중간값	62,196,963	66,764,118	19,857,253

*1심이 최종심인 경우 34건, 2심이 최종심인 경우 22건임.

피고의 책임비율은 평균 34.1%로 최소 10%부터 최대 100%까지 다양하였다. 책임비율은 손해 정도, 사건의 종류에 따라 차이를 보였다. 이외에 전원 관련 사건은 두 건이 각 30, 40%로 나왔고, 치료 및 전원 지연 사건의 한 건이 20%, 질식은 한 건이 70%, 강박 사건이 한 건으로 60%였다.

표 12. 피고의 책임비율

(%)	전체	사망	손상
평균±표준편차	34.1±18.6	30.3±13	42.3±25.8
중간값	30	30	35

표 13. 사건의 종류에 따른 피고의 책임비율

(%)	자살	낙상	탈출	약물 부작용	불명의 추락
평균	27.2	53.3	41.4	26.7	31.7
표준편차	11.1	41.6	23.4	5.8	9.3
중간값	20	40	40	30	32.5
최대값	50	100	80	30	40
최소값	10	20	20	20	15

라. 사건의 특성

사건은 자살(n=28)이 제일 많았으며 두번째는 탈출(n=15)이었다. 사망에서 자살이 압도적으로 많았으나 손상에서는 탈출이 제일 많았다.

표 14. 사건의 종류

(건)	전체	사망	손상
자살	28	26	2
목매	20	19	1
투신	7	6	1
화상(분신)	1	1	0
낙상	6	3	3
탈출	15	6	9
불명의 추락	6	3	3
약물 부작용	4	3	1
전원 관련 사건	3	2	1
질식	5	3	2
환자 간 폭행	4	1	3
치료 및 전원 지연 사건	11	5	6
강박 사건	3	0	3
총	85	52	33

진단별 사고 발생 건수를 살펴보면 비자의 입원이 많은 알코올의존과 조현병에서 탈출이 잦았다. 조현병에서 장기 입원 중 전원 관련 사건과 치료 및 전원 지연 사건이 흔했다. 보행 불안정이 동반되는 치매, 기질적 정신장애와 알코올의존에서 낙상이 흔했다. 질식은 조현병과 지적장애에서 자주 발생하였다. 자살의 양상도 차이가 났는데 조현병에서는 목매이 6건, 투신이 4건, 분신이 1건인데 반해 비조현병에서는 목매이 13건, 투신이 2건이었다. 전체 표는 부록에 첨부하였다.

표 15. 진단별 사고 발생 건수(일부 발췌)

(건)	조현병	비조현병	미상	알코올 의존	우울 장애
자살	11	15	2	6	11
낙상	0	6	0	4	0
탈출	4	10	1	5	2
불명의 추락	4	2	0	0	0
약물 부작용	1	3	0	2	0
전원 관련 사건	2	1	0	1	0
질식	3	2	0	0	0
환자 간 폭행	1	2	1	1	0
치료 및 전원 지연 사건	4	7	0	1	0
강박 사건	1	2	0	2	0
총	31	50	4	22	13

사건 발생 시간은 야간과 주중이 주간과 주말보다 많았다. 또한 사건은 입원 후 평균 약 148일 쯤에 발생하였으나 중간값은 16일이였다.

표 16. 사건 발생 시간과 입원일

	전체	사망	손상
발생 시간(건)			
주중주간	26	17	9
주중야간	30	21	9
주말주간	7	3	4
주말야간	15	10	5
주중	4	1	3
주말	1	0	1
미상	2	0	2
입원일(일)			
평균±표준편차	148.6±412.7	190.5±492.3	63.3±125.5
중간값	16	17	10

진단 별 사건 발생 입원일을 살펴보면 조현병이 비조현병에 비해 장기 입원 중 사건이 발생하였다.

표 17. 진단 별 사건 발생 입원일

(일)	조현병	비 조현병	알코올 의존	우울 장애	인격 장애	양극성 장애	기질성 정신장 애
평균	268	69.9	17	33.2	37.8	17	362.2
표준편차	534.6	302.3	17.2	43	35.9	22.8	739.7
최대	2214	2084	69	149	89	57	1684
최소	1	1	1	3	1	2	4
중간값	36	10	12.5	15	35	7	17

그리고 사건 별로 과거력, 상황, 장소와 사용된 도구와 같은 환경 위험과 감시 정도, 손해배상 여부에 대해 살펴보았다.

자살의 제일 흔한 방법은 목맴이었고 주로 화장실과 샤워실에서 발생하였다. 모든 기관에서는 사생활을 침해할 우려로 인해 화장실과 샤워실에 CCTV를 설치하지 않았다. 두 기관은 환자가 화장실과 샤워실의 출입을 감시하고, 환자가 장시간 사용하지 못하게 하거나, 사용시간이 지나면 의료진이 환자의 상태를 직접 확인하였으나 나머지 기관은 감시하지 않았다. 화장실과 샤워실을 간호사실에 가깝게 설치하고 직원이 출입과 사용시간을 감시하며 미사용시 잠궜으면 목맴 장소를 감시하기 용이할 것이다.⁵⁶ 그리고 병실 문에 관찰창을 달면 환자의 움직임을 쉽게 확인할 수 있다.

목땀 걸이는 문 손잡이, 경첩, 샤휴 혹은 수도꼭지가 많았으며 과거 연구 결과와 일치되었다.⁵³ 목땀 걸이를 낮추거나, 없애고 버튼식으로 변경하는 것을 고려할 수 있다. 그리고 손끼임 방지 측면보호대를 설치하여 경첩을 노출시키지 않거나 문을 미닫이문으로 바꾸면 목땀을 방지할 수 있다.



그림 2. 손끼임 방지 측면 보호대를 사용하여 경첩 노출을 제한한 예시

이와 같이 목땀 장소 혹은 걸이를 제한하는 방법은 병원 내 자살을 효과적으로 막을 수 있는 방법으로 알려져 있다.⁵⁷ 또한 자살률 감소가 7년간 유지되는 효과를 보여 의료인 훈련에 비해 지속적인 효과를 볼 수 있다.⁴⁵

목땀에서 제일 많이 사용되는 끈은 환의였다. 환의를 교환할 때 의료진이 기다려서 환의를 받는 것이 사건 예방에 도움이 될 것이다. 그 외에 속옷이나 줄넘기 끈, 손수건 등도 사용되어 면회 전후로 소지품을 확인하며 환자와 보호자에게 소지 가능한 물품을 상세히 알리는 것이 필요하다. 또한 고위험군에게 베갯잇을 제공하지 않거나 탈부착이 어려운 침구를 제공

하는 것이 낫다. 그러나 팔걸이(Arm sling), 강박끈이나 수액줄은 제한하기 어려워 수시로 감시하는 것이 필요하다.

자살 고위험군에 대한 기관의 감시 규정의 질적 문제도 고려해야 한다.⁵⁸ 대부분 사건 환자는 level 1 수준의 감시를 받았으나 더 높은 감시가 필요했다. level 2로 감시한 경우 감시 간격인 15-30분 사이에 사건이 발생하였다. 다른 연구도 자살 고위험군을 15분-30분 간격으로 관찰하는 경우가 많았다.⁵⁹ 그런데 목매의 경우 짧은 시간 내에 사망에 이른다.⁶⁰

의료진이 환자를 자살 고위험으로 평가해 집중 관찰을 위해 보호실에 입실시켰으나 일대일로 감시하거나 보호자나 간병인을 상주시키지 않았다. 그리고 보호실에 CCTV가 설치되지 않아 환자의 동태를 확인하지 못한 경우도 있었다. 보호자나 간병인은 자살 위험징후나 응급처치에 대한 지식이 부족하기 때문에 의료진이 감시하는 것이 안전할 것이다. 이렇듯 의료인력을 확충하는 것이 환자가 받는 치료의 질에 큰 영향을 준다.⁶¹ 또한 보호실에는 CCTV를 설치하고 CCTV로 감시하는 인력을 두어야 한다.

그리고 의료진이 평가나 치료진 회의를 거치지 않고 환자가 진정되면 집중 관찰을 종결하여 자살 고위험군의 평가 간격, 감시 수준, 감시의 상황 및 종결의 기준이 명확하게 규정되는 게 필요하다.

환자가 자살 과거력이 있으나 적절한 감시를 받지 못했거나, 환자가 과거력이 없어도 난동을 부려 감시의 정도를 높여야 하나 그렇지 않았거나, 자살에 사용될 수 있는 물건을 적절하게 관리하지 못한 경우 배상 판결이 나왔다. 목매 걸이를 제거하거나 차폐 시설을 설치도 언급되었다. 환자가 적절한 수준의 감시를 받거나, 예측하지 못하게 자살 시도를 했을 때 배상 판결이 나오지 않았다. 목매 사건의 자세한 내용은 부록에 첨부하였다.

표 18. 목땀 사건의 요약

입원일	장소	목땀걸이/도구	과거력	감시		배상
				실제	요구	
28	화장실	문/수건	No	1	2	No
3	화장실	경첩/손수건	Yes	1	3-4	Yes
2	화장실	안전철망/환자복	No	1	2	No
3	화장실	미상/환자복	Yes	2*	3	No
17	화장실	안전바/줄넘기	No	1	1	Yes
17	화장실	난간/환자복	Yes	1	2	Yes
13	화장실	장애인손잡이/팔걸이	Yes	1	2	Yes
28	화장실	방범창/환자복	No	1	2	Yes
6	샤워실	샤워꼭지/환자복	No	1*	2	Yes
41	샤워실	샤워꼭지/베갯잇	Yes	2	3-4	Yes
2	샤워실	샤워꼭지/환자복	Yes	1	3-4	Yes
89	샤워실	안전틀/환자복	Yes	1	2	Yes
69	병실	문 손잡이/환자복	No	1	2	Yes
149	병실	침대·침대레일/환자복	Yes	2	3-4	Yes
5	병실	못/비닐봉지	Yes	1	3-4	Yes
55	병실	경첩/수건	Yes	1	3-4	Yes
3	병실	미상/수액줄	Yes	2 [†]	3-4	Yes
23	보호실	문 손잡이/속옷	No	1	2	Yes
1684	보호실	창틀/강박끈	No	2 [‡]	3	No
45	정원	나무/미상	No	1	2	No

*출입·시간을 감시함. †상주 보호자가 자리비움. ‡야간은 10분마다 감시함.

투신은 장기 입원 중인 조현병 환자에서 발생한 경우가 많았고 이는 기존 연구와 일치하였다.⁶² 환자는 산책이나 면회가 허용될 정도로 낮은 수준의 감시를 받았고 자살 위험성 평가를 주기적으로 받지 않았다. 그러나 투신의 절반은 자살 과거력이 있는 환자에게 벌어졌다.

환자가 면회 혹은 산책을 위해 병동 밖을 나갔을 때(n=4), 병동 문이 잠겨 있지 않거나(n=1), 개방병동에 입원한 환자(n=2)에서 발생하였다. 면회 중 투신한 경우 의료진이 보호자에게 환자를 인계하고 자리를 비운 사이에 보호자가 환자를 혼자 둔 상황에서 발생하였다. 산책 중에는 의료진이 다른 환자를 돌보거나 산책 후 병동 문을 열기 위해 자리를 비워 적절한 감시 수준이 유지되지 않았다. 개방병동 면회실에서 면회하던 환자가 투신한 사례에서는 보호자가 환자가 혼자 화장실에 가도록 허락하였다. 비록 의료진이 면회 전에 보호자에게 환자를 혼자 두지 말도록 면회 규정을 설명하였으나 의료진이 규정을 지키는지 복도에서 감시하지 않았다.

안전장치와 추락방지 시설은 문과 창문의 잠금장치, 방범창, 견고한 창문 유리, 베란다, 다리와 옥상의 난간이다. 그리고 관리자는 장치 작동과 파손 여부를 주기적으로 확인해야 한다. 위험한 시설에의 접근을 줄이는 것이 자살 예방에 중요하다.⁶³ 그리고 환자가 병동을 탈출해 투신할 수 있어 직원만 사용하는 흡연실 창문이나 복도에도 추락방지 시설을 설치해야 한다.

판결에서는 문과 창문의 안전장치와 추락방지장치 설치를 확인하였는데 사건 모두 설치가 미흡했다. 배상 판결은 시설 관리 및 부주의를 근거로 결정되었고 모두 배상 판결이 나왔다. 개방 병동에서 발생한 사건에서 의료기관 운영자는 정신질환자가 충동적인 행동을 할 가능성을 고려하여 개방 병동 환자가 이용할 수 있는 병원 내 시설을 더 철저히 관리해야 하는 책임을 명시했다.⁶⁴ 투신 사건의 구체적인 내용은 부록에 첨부하였다.

표 19. 투신 사건의 요약

입원일	장소	상황	과거력	감시		배상
				실제	요구	
15	개방병동 면회실 복도	면회	No	1	2	Yes
1083	다리	산책	No	1	1	Yes
62	개방병동 옥상 정원	이동	No	1	1	Yes
392	옥상 정원	산책	Yes	1	3	Yes
52	면회실 옆 화장실베란다	면회	Yes	1	2	Yes
920	재활병원	이동	Yes	1	1	Yes
15	복도	이동	No	1	2	Yes

이외에 과거력이 없는 조현병 환자가 입원 191째 흡연실에서 내부에 설치된 라이터를 이용하여 자살하였다. 환자는 level 1의 관리를 받았고 의료진이 흡연실이나 라이터를 직접 혹은 CCTV를 통해 감시하지 않았다. 이를 근거로 배상 책임이 인정되었다.

자살 사건을 예방하기 위해서 의료진은 자살 위험을 지속적으로 평가하고 환자의 상태를 의료진 내부에서 자주 소통하여 변화를 조기에 파악하는 것이 중요하다.⁶⁵ 환자가 병동 밖으로 나갈 때 환자의 상태와 자살 위험 평가를 검토하여 가능 여부를 결정한다.

자살 사건이 발생하게 되면 의료진은 논의를 통해 환경 위험과 환자 감시 규정을 빠르게 보완해야 한다. 자살 사건 발생 후 다른 환자가 모방 시도를 하기도 하며 의료인도 동요해 일관된 감시가 어렵기 때문이다.⁴⁷ 그리고 기관은 매년 일회 이상 환경 위험을 점검하고 의료진이 규정을 지키는지 확인해야 한다.

각 병원에서 시행중인 안전 규정에 대한 설문조사 연구에서 물품의 제한은 과거 병원에서 발생한 사건이 영향을 주는 것으로 보이며 병원마다 다른 규정을 적용하고 있다고 한다.⁶⁶ 국가 차원에서 자살 사건을 분석해 결과를 공유하면 각 기관에서 규정의 미비점을 수정하여 유사한 사건을 예방하기 용이할 것이다.

낙상한 환자는 낙상 위험 평가나 조치가 필요한 상태인 경우가 많았다. 예를 들면 낙상의 과거력이 있거나, 과거력이 없지만 뇌질환이 있거나, 알코올의존 환자인데 입원 당시 비틀거리거나 다리에 상처가 있었다.

병원 내 낙상의 원인은 대표적으로 고령, 신경학적 질환, 진정 약물 사용 등이 있다. 정신과 환자는 신경안정제 등의 진정 약물을 복용해 낙상 위험이 높고 낙상이 발생하면 큰 손상으로 이어질 가능성이 높다.⁶⁷ 따라서 입원 초기의 문진, 시진 등을 통해 환자의 낙상 위험을 평가하며 필요시 입원 전 뇌영상 검사와 같은 평가를 진행해 외상을 확인하는 것이 좋다.⁶⁸

알코올의존 환자가 급성 알코올 중독 상태에서 입원할 경우 걸을 때 균형을 잡기 어려울 수 있다. 그리고 의료진은 알코올의존 환자의 금단 증상을 치료하기 위해 흔히 안정제를 경구 투약 혹은 정맥 주사할 수 있다. 이때 약물의 용량과 투여방법에 따라 환자가 어지러울 수 있고 정맥주사 자체로 인해 보행의 어려움이 생길 수 있다. 알코올의존 환자가 낙상할 경

우 간질환으로 인한 응고장애나 경막하 뇌출혈로 인한 뇌출혈의 위험성이 크다. 그리고 알코올의존 환자의 낙상은 입원 2주 내에 발생하여 이 기간은 특히 주의해야 한다.

치매와 기질성 정신질환을 앓는 환자는 약물 사용뿐 아니라 신경학적 질환의 동반, 고령과 같은 낙상 위험을 갖고 있다. 낙상 사건 중에는 치매 환자가 행동 조절이 되지 않아 화학적 혹은 신체적 강박 조치를 받았고 이후 낙상하였다. 노인의 경우 누워있게 되면 쉽게 근손실이 일어나 더 보행의 지장을 받을 수 있고 혈관운동 안정성(vasomotor stability)이 저하되어 쉽게 실신을 할 수 있어 강박 조치를 신중히 적용할 필요가 있다.⁶⁹ 의료진이 야간 중 낙상을 방지하기 위해 수면 시 강박 조치를 취하기도 하는데 노인에게 강박을 시행한 경우 강박 조치 중 다리 운동을 시키고 강박이 끝난 후 낙상 위험을 평가하는 것이 필요하다.

노인 환자는 약물로 인한 낙상 위험을 주의해야 한다. 일반적으로 낙상 위험을 증가시키는 벤조디아제핀계열, 수면제, 삼환계 항 우울제 이외에도 치매에서 행동 조절 목적으로 흔히 사용되는 리스페리돈 등의 항 정신병제 사용 이후 낙상 위험이 증가한다.⁷⁰ 의료진은 노인에게 낙상 위험을 증가시키는 약물을 투여할 때 최소한의 용량을 사용하고 자주 평가해야 한다.

낙상 예방을 위해 의료진은 낙상 위험에 따라 간병인을 두게 하여 환자의 보행을 보조시킬 수 있다. 기관은 환자의 낙상으로 인한 손상을 막기 위해 병실 벽에 안전을 위한 완충 보호대나 핸드레일을 설치하며, 특히 물이 고여 있는 화장실과 샤워실에는 필수적으로 핸드레일을 설치하고 바닥에 미끄럼방지 장치와 배수 장치를 설치해야 한다. 그리고 사건 중 환자가 등받이가 없는 의자에 앉아있다가 뒤로 넘어지며 낙상한 경우도 있어 의자가 견고하게 고정되어 있고 등받이가 튼튼한지 등의 시설을 점검해야 한다.

낙상 이후 처치가 미흡하거나 전원 조치가 늦어지면 환자의 상태가 악화될 수 있다. 의료진은 낙상이 발생한 경우 즉시 직접 진찰하고 응급처치를 해야 한다. 기관은 낙상 대처 프로토콜을 만들어 야간에도 동일한 진행속도로 진찰, 응급처치, 전원이 이루어지도록 한다. 낙상은 대표적인 환자안전사건으로서 다양한 매뉴얼과 분석 보고서가 이미 개발되어 있어 이를 활용하는 것이 좋다.⁷¹

배상판결이 난 경우는 낙상이 예견 가능한 상황에서 간병인을 두거나 의료인이 수시로 환자를 확인하는 등의 적절한 감시가 이루어지지 않았다. 그리고 적절한 응급조치나 빠른 전원조치 여부가 배상에 영향을 주었다. 그러나 병실이나 복도에 낙상 방지를 위한 시설을 설치하였는지는 배상에 영향을 주지 않았다.

표 20. 낙상 사건의 요약

진단	입원 일	장소	과거력	감시/응급조치 /빠른전원여부	배상
기질성정신장애, 강박장애	16	병실	No	No/Yes/No	Yes
알코올의존	2	병실/휴게실	No	No/No/No	Yes
알코올의존	15	병실	Yes	Yes/Yes/Yes	No
알코올의존	9	병실	Yes	Yes/Yes/Yes	No
기질성정신장애	49	화장실/병실	Yes*	No/Yes/No	Yes
알코올의존	3	복도	Yes	No/No/Yes	Yes

*입원 전 낙상 병력은 없으나 입원 중 자주 넘어졌다는 기록이 있음.

탈출한 환자는 입원에 동의하지 않거나, 입원 후 투약 거부와 같은 비협조 행동을 보였고, 탈출과 공격행동의 과거력이 있었다. 환자는 대개 입원 한달 내에 의료진의 시야 밖에서 창문을 통해 탈출했다. 탈출방지시설 설치는 미비한 경우가 많았고 추락방지시설은 모두 설치되지 않았다.

기존 연구는 망상형 조현병 혹은 인격장애 환자, 약물이나 기타 치료 계획을 거부하는 환자, 요구가 많은 환자, 입원 초기에 병원 생활에 적응을 못하고 치료진을 신뢰하지 않는 환자가 병동을 이탈한다고 한다.¹⁶ 따라서 환자의 진단이나 경과에 따라 고위험군을 선별해 병동 문가로 다가가거나 탈출·추락방지시설을 훼손하는지 행동을 감시해야 한다. 탈출이 반복된 사례도 많으므로 과거력이 있는 환자를 주의 깊게 관리해야 한다.⁷²

탈출의 결과 환자가 자의로 귀원하지 않거나, 자해나 자살 시도를 하거나, 탈출 과정에서 다칠 수 있어 철저히 예방하는 것이 중요하다.⁷³ 이를 위해 고위험군은 간호사실에 가까운 병실을 배정해 자주 환자를 확인한다. 환자가 의료진이 바쁜 식사, 면회, 투약시간에 탈출을 시도하기 때문에 감시를 일정하게 유지하고 환자가 외부로 나갈 때 탈출을 시도할 수 있어 의료진은 탈출 위험을 평가한 후 나가게 하거나 의료진이 동행한다.¹⁶

기관은 출입문을 견고하게 만들고, 비밀번호는 의료진만 알 수 있도록 하며, 주기적으로 변경해야 한다. 그리고 창문에 잠금 장치를 설치하고 관리자가 잠금 장치 작동을 수시로 점검해야 한다. 창문의 창살은 환자가 힘으로 구부리거나 빠져나가기 어렵도록 설치하며 옥상에서 산책을 시행할 경우 성인이 넘어가기 어려운 높이로 울타리를 설치해야 한다.

탈출 사건에서 의료진의 감시가 충분히 이루어졌으면 배상 판결이 나오지 않았다. 환자가 시설을 훼손하고 탈출했을 경우 시설의 견고함, 주기적

인 점검, 환자의 물품관리 여부가 배상 판결에 중요하였다.

표 21. 탈출 사건의 요약

진단	입원일	장소	비협조/탈출 /공격행동 과거력	탈출방지 시설설치/ 감시여부	배상
인격장애, 강박장애	1	보호실	Yes/No/Yes	No/No	Yes
조현병, 알코올의존	9	옥상흡연실	Yes/No/No	No/No	Yes
알코올의존	33	병실	No/Yes/No	Yes/Yes	No
양극성장애	14	미상	No/Yes/No	No/No	Yes
알코올의존	3	화장실	No/Yes/No	Yes/Yes	No
양극성장애	7	계단	No/Yes/No	Yes/No	Yes
우울장애	10	산책장	No/Yes/No	Yes/No	Yes
조현병	2	병실	Yes/No/No	No/No	Yes
도박중독	미상	식당, 흡연실	No/Yes/No	No/No	Yes
조현병	미상	식당엘레베이터	미상	Yes/No	Yes
품행장애, 우울장애	28	병실	No/No/Yes	Yes/No	Yes
미상	미상	미상	미상	미상	No
조현병	7	병실	미상	Yes/No	No
알코올의존	18	베란다	No/No/No	Yes/No	Yes

불명의 추락은 자살과 공격행동의 과거력이 없는 조현병 환자에서 자주 발생하였다. 판례에서는 과거력이 없더라도 정신과 환자는 충동적인 행동을 할 가능성을 인정하고 있다. 따라서 시설 및 인력을 통한 감시·감독은 환자의 과거력에 상관없이 일정 수준 이상으로 이루어져야 한다. 불명의 추락 사건이 벌어진 기관에 탈출·추락방지시설이 미비한 경우가 많았다. 그리고 모든 사건에서 환자 감시가 불충분하였다. 이를 이유로 배상 판결이 나왔다.

표 22. 불명의 추락의 요약

진단	입원일	장소	비협조 /탈출 과거력	탈출/추락 방지시설 설치여부	배상
조현병	17	병실	Yes/No	Yes/No	Yes*
조현병	70	철문 밖 복도	Yes/No	Yes/No	Yes
조현병	2	옥상	No/No	Yes/No	Yes
조현병	1	화장실	Yes/No	No/No	Yes
기질성정신장애	4	병실	No/Yes	Yes/No	Yes
品行장애, 양극성장애	미상	옥상	No/No	No/Yes	Yes

* 보호사가 병실에서 다소 떨어진 복도에서 대기해 환자의 위치를 확인하고 약 30 분 후 병실을 확인함. 보호사가 대기한 곳에서는 병실 창문의 일부만 보이고, 병실 내부를 확인할 수 있는 장비가 없었고, 병실 안에서 방충망을 뜯는 소음이 들리지 않았음.

약물 부작용 사건은 의료인이 환자가 입원한 당일 급속정온요법을 사용하거나, 흥분을 가라앉히기 위해 진정제를 사용하던 중 발생했다. 이때 의료인은 한국식품의약품안전처에서 허가하지 않은 용법으로 약물을 사용하였거나 중복 투여할 경우 부정맥이 생길 수 있는 약물을 동시에 투여하면서 심전도 등을 이용해 부작용을 감시하지 않았다.

의료진은 입원 초기 심한 혼돈, 정신병적 증상, 초조를 보이는 환자를 빠르게 안정시키기 위해 급속정온요법을 시행한다. 그리고 환자가 강박 처치 중 약물 복용을 거부할 때나 빠른 진정 효과를 위해 약물을 주사한다. 의료진이 약물을 비경구 주입하거나 빠르게 약물 용량을 증가시킬 경우 부정맥, 특히 QT 증가의 위험이 있으므로 약물을 사용하기 전에 환자의 심전도를 확인하고 사용 후 경과 관찰동안 심전도를 감시해야 한다. 그리고 환자의 전해질 농도를 확인하여 일반적인 부정맥의 위험요인인 칼륨, 마그네슘, 칼슘 등에 이상이 있으면 부정맥 위험이 있는 약물을 제한해야 한다.⁷⁴

부정맥의 위험을 야기하는 약물은 삼환계 항 우울제, 티오리다진, 드로페리돌이 대표적이며, 특히 티오리다진, 드로페리돌은 용량 의존적으로 QT를 증가시킨다.⁷⁵ 그리고 클로르프로마진, 할로페리돌, 리스페리돈, 올란자핀, 퀘티아핀, 클로자핀이 QT를 증가시킨다. 항 우울제 중 시탈로프람은 QT증가 가능성이 지속적으로 보고되어 세로토닌 재흡수 억제제 중 설프랄린을 추천한다. 또한 비정형 항 정신병제 중 지프라시돈은 QT증가의 위험이 있고 아리피프라졸은 위험성이 낮다. 약물 병용에서 QT증가 위험성에 대한 연구는 아직 논란이 있으나 QT증가 위험성이 있는 환자에게 약물 병용 요법을 피하도록 권고한다. 그리고 의료진이 초조와 섬망 증상이 있는 내과 환자에게 항 정신병제를 투약할 경우 집중적인 심전도 감시가 필요하다.⁷⁶

NICE 가이드라인은 급속정온요법을 사용하거나 급속정온요법을 받은 환

자를 관찰하는 의료진이 최소한의 ILS(immediate life support)를 훈련받아야 한다고 명시한다. ILS 에는 기도 확보, 심폐소생술, 제세동기 사용을 포함한다.²⁴ 급속정온요법을 시행할 때에는 심폐소생술 가능성을 염두하여 환자 주변에 심전도 감시 뿐 아니라 응급 처치가 가능한 장비를 두고 심폐소생술을 시행할 수 있는 의료진이 환자를 감시해야 한다.

급속정온요법에서 항 정신병제를 사용할 경우 항 정신병제 악성증후군(neuroleptic malignant syndrome)이나, 추체외로 증후군(extrapyramidal syndrome), 근육긴장이상증(dystonia)과 같은 드문 부작용도 고려해야 한다. 비교적 비정형 항 정신병제가 상기 부작용이 적어 더 선호된다.^{77,78}

약물 부작용 사건 중 알코올의존 환자가 로라제팜을 정맥 투여받고 호흡 저하로 사망한 경우도 있었다. 알코올의존 환자가 보이는 증상의 원인이 알코올 급성 중독인지 섬망인지 명확하지 않으면 오히려 항 정신병제가 안전할 수 있고 벤조디아제핀은 호흡 저하를 유발할 수 있어 주의해야 한다.^{77,78} 의료진은 로라제팜을 정맥투여 할 경우 호흡, 맥박, 산소포화도와 같은 활력징후를 지속적으로 기계 모니터링하고 밀접 감시해야 한다.

약의 용량이나 투여경로에 대한 허가사항을 위반해 투여하는 경우 그 자체가 의료인의 과실이 되고 과실이 아님을 입증할 책임이 의료인에게 주어진다. 이를 증명책임의 완화 법리라고 한다. 이에 따라 의료인이 다른 원인으로 인한 심정지를 입증 못하는 상황에서 의약품의 첨부문서에 기재된 금기된 경로로 투약한 행위와 환자의 심정지 사이의 인과관계가 인정되었다. 또한 환자가 저혈압을 보여 의료진이 응급조치를 하며 환자가 투여받은 약물과의 상호작용으로 오히려 저혈압을 유발할 수 있어 금기된 에피네프린을 사용하였고 의료인의 과실로 인정되었다. 따라서 허가사항에 위반한 투약을 할 때 근거를 명확히 기록하고 환자와 보호자에게 설명 후 동의를 받

아야 한다. 그리고 의료인은 약물의 허가사항 내에서 투약하고 약물간 상호작용을 염두해 처방해야 한다. 식품의약품안전처의 약물 허가사항 변화를 확인하는 것도 필요하다. 약물 복용 중 환자가 근이상증을 호소한 사건은 충분히 부작용을 감시하였다고 판단해 배상 판결이 나지 않았다.

표 23. 약물 부작용 사건의 요약

진단	입원일	사용약물	약물허가 위반사항	부작용 감시	배상
조현병	1	할로페리돌, 클로르프로마진	정맥투여 투약지시위반 및 고용량투여	No	Yes
알코올의존	1	할로페리돌, 에피네프린	정맥투여 병용금지 (저혈압)	No	Yes
양극성장애	57	올란자핀, 퀴티아핀	없음	Yes	No
알코올의존	1	로라제팜	없음*	No	Yes

* 약물허가 위반사항은 없으나 활력징후 모니터링을 하지 않음.

전원 관련 사건은 비협조와 탈출 과거력이 없는 환자가 전원하는 과정에서 도망가 벌어졌다. 정신질환으로 입원 중인 환자가 내과적 치료를 위해 다른 병원으로 전원가 치료한 후 정신질환의 치료를 위해 다시 전원오는 과정이거나, 외부 병원 진료를 보러 가는 상황에서 발생하였다. 또한 전원 갈 병원에 환자의 자살 과거력이나, 정신과적 권고사항을 전달하지 않았다.

그리고 감시를 위해 직원을 두 명 파견하더라도 직원이 환자를 감시하지 않고 보호자를 돕거나, 환자를 누가 감시할 지에 대해 소통이 부족하였다.

환자와 보호자가 요청해 정신질환 외의 다른 질환의 치료를 위해 전원할 경우, 의료인이 직접 입원 중 경과, 이송 시 필요한 인력과 장비, 전원 후 치료 방법 등에 대해 전원갈 병원의 의료진과 자세히 논의하는 것이 사건 예방에 도움이 될 것이다. 그리고 주치의는 진료의뢰서에 진단, 복용약뿐 아니라 입원시 주의사항, 필요한 정신과적 처치에 대해서도 기록하고 타 기관에 설명한 내용과 전원 절차에 대해 의무기록에 기록해야 한다.⁷⁹

특히 자살 위험과 충동성이 높은 환자가 타과적 문제가 시급해 전원하게 될 경우 주치의는 진료의뢰서에 자살 위험과 충동성 병력을 기술하고 환자와 보호자에게 위험을 경고하는 것이 좋다. 가능하다면 정신과 폐쇄 병동이 있는 종합병원으로 전원하여 환자의 정신과적 증상이 악화될 경우 신속하게 치료를 받고 폐쇄 병동으로 전실할 수 있도록 하는 것이 좋다.

의료기관 간의 전원과 관련한 대표적인 법은 응급의료에 관한 법률(약칭: 응급의료법)인데 제11조 응급환자의 이송에서 의료기관의 장은 응급환자를 이송할 때 응급환자의 안전한 이송에 필요한 의료기구와 인력을 제공하여야 하며, 응급환자를 이송받는 의료기관에 진료에 필요한 의무기록을 제공해야 한다고 명시하고 있다. 이 법은 응급의료에 한정되어 응급 상황이 아닌 전원에서 정보 전달의 범위와 방법에 대한 의료계의 논의가 필요하다.

응급의료법에는 이송을 담당할 전문인력의 수나 수준은 명시되어 있지 않다. 그리고 정신건강복지법에 의해 환자를 이송할 때 신체를 제한할 수 없다. 따라서 기관에서는 두 명이상의 직원을 파견하고 직원에게 환자에 대한 정보를 제공해야 한다. 그리고 직원은 환자가 도망갈 경우를 대비하

여 수색 방법이나 경찰 신고 방법 등을 숙지해야 한다. 기관이 전원 매뉴얼을 마련하고, 유의사항에 대해 직원을 교육해야 한다.

전원 관련 사건은 환자가 탈출 과거력이 없더라도, 재발한 알코올의존 환자가 이송 중 이탈할 가능성이 예견되었음에도 감시를 소홀히 하거나, 직원에게 이탈을 주의하도록 지시하지 않거나, 전원간 병원에 자살 위험성을 알리지 않고 단순히 복용약과 정신과적 치료가 필요하다는 정도만 알리는 등의 부주의로 인한 과실이 인정되어 모두 배상 판결이 나왔다.

표 24. 전원 관련 사건의 요약

진단	입원일	상황	과거력	의료진 동반	배상
알코올 의존	27	간기능 악화로 내과병원 원해 치료 후 정신과 병원으로 전원하는 과정에서 도망가 음주 후 간경변의 합병증으로 사망함.	No	(1명)	Yes
조현병	7	수술 후 입원해 외부병원 료를 가서 환자를 로비에 두었을 때 도망가 사망한 채 발견됨.	No	No	Yes
조현병	3	독성간염이 발병해 내과병원으로 전원가 중환자실에서 탈출·투신함.	Yes	Yes	Yes

질식은 조현병과 지적장애 환자에서 자주 발생하였다. 여러 논문에서 질식의 원인은 약물의 부작용으로 인한 연하곤란이나, 파킨슨병과 같은 동반된 신경학적 질환, 급하게 먹는 습관, 지연운동이상증(tardive dyskinesia), 불량한 치아상태 등 이었다.⁸⁰ 그리고 항 정신병제의 항 콜린성 효과나 약물로 인해 발생하는 운동이상증(dyskinesia), 운동완만(bradykinesia)등도 연하곤란을 야기한다. 따라서 의료진은 항 정신병제를 복용하는 환자가 식사 중 연하곤란을 보이는지 관찰하며 특히 여러 항 정신병제를 복용하는 환자를 주의 깊게 관찰해야 한다.⁸¹

또한 의료진이 급하게 먹는 환자의 식습관을 교육하는 것이 필요하다. 의료진은 질식 위험을 홍보하고 환자가 연하곤란을 겪는지 자주 질문하고 관찰해야 한다. 그리고 의료진은 연하곤란을 겪는 환자가 식사할 때 옆에서 감시하며, 유동식으로 식사하게 하고, 식사 외의 간식을 제한한다.

질식의 응급처치는 하임리히법과 같은 복부 압박, 손으로 혹은 후두경하 이물 제거, 기관 삽관과 심폐소생술이 있다.

평소 환자가 식사를 서둘러 하거나 음식을 잘 삼키지 못하는 모습을 보여 의료진이 식사 중에 감시했거나 감시 도중 질식을 목격하고 빠르게 응급조치한 경우는 배상 판결이 나오지 않았다. 그런데 질식 위험 증상이 있음에도 감시하지 않거나, 질식 위험으로 인해 식사 이외의 음식을 제한하지 않거나, 질식 위험이 있는 시설을 방치하였다가 그 시설로 인해 질식이 발생한 경우는 배상하였다. 질식이 돌발적으로 발생한 경우는 감시나 응급조치가 미흡하더라도 배상 판결이 나오지 않았다. 그리고 판결에서는 의료진의 주의의무는 최선을 다해 응급처치를 하는 것으로 한정하며 반드시 이물 제거에 성공했거나 전문 의료진과 전문 기구 없이 운상감상연골 절개와 같은 기술을 시행해야 한다고 판결이 나오지 않았다.

표 25. 질식 사건의 요약

진단	입원일	상황	질식 위험	감시/응급 조치	배상
지적장애	2084	보호실 관찰구에 목끼임	Yes*	No/No	Yes
지적장애	160	식사 중 질식	Yes	No/Yes (실패)	Yes
조현병	32	다른 환자들이 프로그램 간 사이에 빵 먹다 질식	No	No/No	No
조현병	162	장폐색 후 식이제한 중 금지된 빵 먹다가 질식	No	No/Yes	No
조현병	50	식사 중 질식	Yes	Yes/Yes	No

* 보호실 관찰구가 열려있는 환경 위험이 있음.

환자간 폭행 사건은 젊은 조현병 남성이 많이 연관되며, 폭력행동이나 약물 남용 과거력이 있으면 위험이 높다.⁸² 의료진은 환자가 과거력이 있거나 피해망상을 동반하거나 공격행동을 보이면 일인실로 입원시켜야 한다.

의료진은 병원 내 시설을 점검하여 공격 도구로 사용될 수 있는 설비를 제거하거나 고정시킨다. 그리고 병원의 경비 인력과 경찰 호출 시스템을 갖추어 최대한 많은 인력이 개입해 상황이 빨리 진정될 수 있게 한다.

의료진은 환자가 언쟁하면 빠르게 분리해 폭행으로 이어지지 않도록 한다. 사건이 발생하면 의료진은 즉시 환자를 분리해 피해자에게 응급조치를 시행하고 가해자를 말로 진정시키거나 약물치료, 격리·강박조치한다.

판결은 공격적인 환자를 감시하고 분리하는가를 중요한 주의의무로 보았고 그 외에 환자가 다투는 즉시 의료진이 개입했는지, 적절한 응급처치와 전원조치가 이루어졌는지 확인했다. 입원 중 벌어진 폭행 사건에 있어 병원과 의료진의 손해배상책임은 본인과 제 3자에 대한 보호의무가 근거가 된다.⁸³ 즉 의료인은 가해·피해자 모두를 보호할 책임을 진다. 그리고 의료진이 폭행 대처 교육을 받지 못한 경우 직원 교육 미흡으로 배상 판결이 나왔다. 그러나 피해자가 먼저 가해자에게 다가가 시비를 걸거나 가해자가 평상시 공격성을 보이지 않다가 갑작스럽게 공격하면 배상하지 않았다.

표 26. 환자 간 폭행 사건의 요약

진단	입원 일	상황	가해자진단/공격성 /응급조치여부	배상
조현병	221 4	가해자가 병실 문을 시끄럽게 닫는다고 피해자가 따라나감.	조현병/Yes/No	Yes
미상	65	가해·피해자 모두 개방병동 환자이며 가해자가 퇴원한 당일 피해자의 병실로 찾아와 시비가 붙음.	알코올의존,우울장애/No/미상	No
기질성정신장애	90	피해자가 가해자 자리로 감.	치매,우울장애/No/Yes	No
알코올의존	미상	피해자가 가해자에게 가곤다고 먼저 발로 참.	미상/No/Yes	No

치료 및 전원 지연 사건은 환자에게 내과 질환이 발생해 치료하고 전원하는 과정에서 벌어졌다. 정신과 환자는 내과 질환을 잘 치료받지 못해 일반인에 비해 갑상선 기능저하증, 당뇨와 당뇨 합병증, 전해질 이상의 위험이 높다. 의료인은 주기적으로 진찰하고 신체 질환을 검사해야 한다.⁸⁴

사건 중에는 급성 정신병적 질환이 의심되어 입원한 환자가 헤르페스 뇌염으로 최종 진단된 경우도 있었다. 환자는 환각, 피해망상, 혼란 등이 증상을 갑작스럽게 보여 응급실을 경유하여 정신과에 입원했다. 그러나 약물 치료에도 증상이 호전되지 않고 열과 같은 뇌염 의심 증상을 보여 신경과로 전과되거나 상급 기관으로 전원되었다. 그러나 헤르페스 뇌염은 조기에 항 바이러스제를 투여하지 않으면 예후가 매우 불량하다. 그래서 전원되더라도 환자가 심각한 뇌기능 장애에 빠지거나 사망했다. 따라서 갑자기 심한 혼란을 보이는 환자가 내원하면 의료인은 내원 전 감기 증상이 있었는지 문진하는 것이 좋다. 입원 후에는 발열과 검사상 염증 소견, 신경학적 증상을 확인하며 약물 치료의 효과를 확인하는 것이 필요하다.

사건에 필요한 응급처치는 심한 설사의 수액요법, 두부 외상이 의심될 때의 신경학적 진찰, 심폐소생술 등이었다. 그런데 의료인은 필요보다 적은 수분을 공급하거나, 신경학적 진찰을 늦게 시행했고, 기관 삽관을 실패하거나, 심폐소생술을 시행하지 않거나 부적절하게 시행하였다. 의료인은 환자가 입원한 동안 의료기관에서 할 수 있는 최선의 처치를 시행해야 되기 때문에 응급처치를 숙지해야 한다. 기관은 응급처치 교육과 훈련을 주기적으로 시행하고 가능하면 심폐소생술 팀을 운영하여 환자가 전문적인 처치를 받도록 해야 한다. 응급처치가 마무리된 뒤에는 대처 과정을 검토하여 이를 토대로 병동 응급처치 규정을 마련하는 것이 필요하다.

사건에서 환자의 신체 질환을 예견 가능했는지가 판결에 중요하였다. 그

런데 설사 환자 외에는 위험 증상을 보인 환자는 없었고 비만은 신체질환의 예견지표로 보지 않았다. 또한 증상 발생 후 즉시 전원·협진 조치를 했는지, 응급조치가 적절했는지도 판결에 중요하였다. 사건 기관은 모두 정신과 의사만 근무했는데 정신과 의사라 하더라도 심폐소생술이나 수액 처치가 부적절하면 배상 판결이 나왔다. 그리고 헤르페스 뇌염으로 의심한 즉시 전과나 전원을 시행하여 배상 판결이 나오지 않았다.

표 27. 치료 및 전원 지연 사건의 요약

진단	입원일	원인 질환	전원/응급조치	배상
양극성장애	5	허혈성 심장질환	No/Yes	No
조현병	414	폐색전증 의증	Yes/Yes	No
조현병	40	비장티푸스성 설사로 인한 전해질 불균형	No/No	Yes
조현병	129	심장성 돌연사	No/No	No
조현병	201	저나트륨 현상	Yes/미상	No
헤르페스뇌염	2	헤르페스뇌염	Yes/Yes	No
헤르페스뇌염	5	헤르페스뇌염	Yes/Yes	No
헤르페스뇌염	6	헤르페스뇌염 혹은 경련후 뇌부종	Yes/Yes	No
헤르페스뇌염	10	헤르페스뇌염	Yes/Yes	No
알코올의존	10	폐렴	Yes/Yes	No
기질성정신장애	10	급성 심근경색	Yes/No	Yes

강박 사건은 입원 과정 혹은 입원 중 비협조에 대해 강박 조치를 취했던 중 발생한 손상이다. 물리적 강박은 정신과에서 시행되는 전문 처치 중 하나이지만 강박을 시도하거나 진행하는 중 의료진이나 환자가 다칠 수 있다.⁸⁵ 그리고 입원 시점에서 환자는 의료진과 치료적 관계가 형성되지 않아 협조할 가능성이 낮기 때문에 가능하면 화학적 강박 등을 시도하여 안전하게 입원하는 방법을 모색해야 한다.

따라서 많은 연구에서 강박을 줄이거나 강박 관련 손상을 최소화하기 위해 환자에 대한 개별화된 접근, 의료진과 환자 교육, 강박 중 활력징후 확인, 강박 시행 후 사례분석, 기록 등이 시도되었다. 연구 결과 강박 시행 횟수가 감소하였고, 그럼에도 의료진 부상이 증가되지 않았다.⁸⁶ 그러나 어떤 요인이 효과적이었는지는 불분명하며 강박 시행이 줄었을 뿐 격리 등의 다른 신체 제한 조치는 늘었다는 보고도 있어 의료진과 환자의 안전을 위한 강박 지침에 대한 연구는 더 필요하다.⁸⁷

우리나라에서 강박끈을 이용한 강박이 제일 흔하다. 그런데 끈의 종류, 규격이나 강박 시행 방식에 대해 정신건강복지법에 규정된 것은 없다. 안전한 강박을 위해서는 최대한 많은 의료진이 참여하며 강박 시행 후 활력징후뿐 아니라 환자의 자세가 안정을 취하기 적합하고 신체에 부담을 주지 않는지, 손상이 발생했는지, 끈이 환자의 사지를 조이는지 확인해야 한다.

NICE 가이드라인은 격리·강박과 같은 신체요법을 받은 환자를 관찰하는 의료진이 최소한의 BLS(basic life support) 훈련을 받아야 한다고 명시한다.²⁴ 물론 이 권고가 비용 효율적인지는 논란이 있으며, 근거 수준도 level D 로 약하다. 그러나 강박 중 신체 손상의 가능성을 고려해 의료진이 충분한 응급처치 교육을 받는 것은 필요하다.

법원에서는 상해와 강박 사이의 인과관계가 뚜렷하지 않거나 강박을 시행했던 상황이 자·타해의 위험이 크면 강박조치가 정당한 것이라고 판단하였다. 그러나 강박 과정 중에 다친 환자의 손상 정도가 과하거나 이미 강박된 환자에게 의료진이 폭력을 행사한 경우에는 일반적으로 허용되는 물리력을 넘어선 조치로 판단하여 의료진의 부주의가 인정되었다. 세 사건 모두 환자의 비협조 과거력이 있었다.

표 28. 강박 사건의 요약

진단	입원일	손상 수준	과거력	참여한 의료인 수	배상
조현병	615	대퇴부혈종, 대퇴부구획증후군	No	3	Yes
알코올의존	10	좌7,8,9번늑골골절상	Yes	2	No
알코올의존	1	우8,9,10번늑골골절상	Yes	3	Yes

2. 정신과 병동에서 발생한 자살 사건 분석

자살 사건이 발생하면 기관과 의료진은 자살 사건이 발생한 시스템적 원인을 찾고 병동 환경 위험과 환자 관리 규정을 개선해야 한다. 그러나 판결서에는 사건 당시의 상황만 간략히 기재되고 병원의 시설 규정이나 환자 관리 규정이 생략된 경우가 많다. 자살 사건의 흐름과 실제 규정을 확인하기 위해 환자의 자살 평가 과정, 환경 위험 및 관리 규정이 있는 판례를 살펴보고 목땀과 투신 사건에서 각 한 건만 이 기준에 부합하였다. 판결의 구체적인 내용은 부록으로 제시하였다.

가. 서울북부지방법원2011.8.18선고 2010가합8703 판결

환자는 37세 7개월의 여성으로 10년전부터 우울감을 호소해 약 2년 4개월전 개인 의원에서 치료받았다. 환자는 약 2년전 남편과 다툰 후 줄넘기 끈으로 목맬 자살을 시도해 처음 피고 병원에 입원하였다. 이후 환자는 입·퇴원을 반복하다가 갑자기 숨이 막히고 죽을 것 같은 느낌이 들어 6번째 입원하였다. 환자는 입원 41일째 샤워실에서 베갯잇으로 자살시도해 약 5일간 뇌사상태에 있다가 사망하였다. 법원은 관리 지침에 따른 주의의무 위반, 샤워실 설치 운영 주의의무 위반을 인정하여 피고의 책임비율 30%로 60,422,063원을 배상하라는 판결을 내렸다.

자살 위험 평가는 입원 당시와 환자가 불안정할 때, 신체구속 치료 후 진행되었다. 환자는 우울증 환자로 자살 과거력이 있으며 불안정한 상태에서 자해하거나 자살 충동을 호소해 병원 규정의 자살 고위험군에 해당된다. 따라서 기관의 규정에 따라 감시 수준을 격상해야 한다.

사건에서는 환자가 입원할 당시 자살 예방 계획을 수립하였다. 그러나 계획은 수시로 순회하도록 되어있을 뿐 관찰 간격과 범위, 수행 인력이 구체적으로 정해지지 않았다.

의료진은 환자를 15분 마다 감시한 것으로 보인다. 그러나 환자가 자살 고위험군이므로 자살 생각을 호소할 때나 구속치료 종료 이후 의료진이 환자를 지속 관찰해야 했다. 그러나 의료진은 환자를 보호실에 두거나, 환자를 일대일로 감시하거나 보호자나 간병인을 상주시키지 않았다.

그리고 사건은 12시경에 벌어졌는데 이때는 대개의 병원에서는 점심시간, 점심 식사 후 투약, 산책, 보호자 면회를 진행하는 시간이다. 따라서 의료진이 업무가 많아 분주했을 것으로 추정된다. 또한 기관은 고위험 장

소인 화장실과 샤워실 출입을 감시하기 위해 화장실 앞에 감지기를 설치했다. 그러나 출입 환자의 명단이나 사용시간을 확인하는 인력이 없었다.

기관은 화장실과 샤워실의 출입문을 구분해 설치하거나 샤워실 출입문 잠금 장치를 설치하지 않아 샤워실의 출입을 제한할 수 없었다.

높은 곳에 설치된 샤워 꼭지, 샤워실과 화장실 사이에 설치된 샤워 커튼은 목땀 걸이로 사용될 위험이 높다. 따라서 샤워 꼭지를 매립하고 샤워 커튼과 레일을 없애는 게 안전하다. 혹은 목땀에 사용될 수 없도록 무게를 지탱 못하고 쉽게 부서지거나 끈을 걸 수 없는 모양으로 설치할 수 있다.

환자는 베갯잇을 사용하였는데 환자가 지급받은 물건인지는 기술되어 있지 않다. 의료진은 자살 고위험 환자가 끈으로 사용할 수 있는 물건을 수거하는데 이중에는 베갯잇이나 시트와 같은 침구도 포함되어야 한다. 그리고 환자의 물건을 수거하였더라도 환자가 다른 환자가 사용하는 병실에 출입이 가능할 경우 타인의 물건을 사용해 자살을 시도할 수 있다. 따라서 의료진은 자살 고위험 환자를 다른 방에 출입하지 못하도록 분리시키고 병동 내의 특정 구역 안에서만 움직이도록 해야 한다. 그리고 병동에 베갯잇이 쉽게 베개와 분리되지 않는 베개를 사용하는 것을 고려할 수 있다.

의료진은 환자가 베갯잇을 자르는 행동을 사전에 발견하지 못했다. 대부분 병원에서는 병실과 화장실, 샤워실에 CCTV를 설치하지 않기 때문에 이곳에서 환자가 감시를 피할 수 있다. 따라서 의료진은 자살 고위험 환자를 감시할 때 얼굴과 손을 눈으로 확인해야 한다. 또한 의료진은 환자가 화장실과 샤워실에 들어갈 때 끈을 소지하는지 감시해야 한다.

사건 발생 후 기관은 샤워 꼭지를 낮게 설치하였는데 그럼에도 목땀이 가능하기 때문에 샤워 꼭지의 높이뿐 아니라 형태와 견고성을 고려하여 설

치해야 한다. 그리고 기관에서는 시설을 변경할 때까지 해당 샤워실의 출입을 제한하며 샤워실을 화장실과 분리해 잠금 장치를 설치하고 샤워 커튼과 레일을 제거해야 한다. 그리고 환경 위험과 환자 관리 지침을 수정해야 하는데 목땀 위험 시설을 검사하고, 자살 고위험군의 관찰 간격을 수정하며, 화장실과 샤워실을 감시하는 업무를 추가해야 한다. 또한 환자 관리 규정대로 관리 수준을 격상하지 않았는지 검토하고 치료진 회의를 해야 한다.

표 29. 2010 가합 8703 판결의 분석(요약)

범주	시행 여부
자살 위험 평가	
입원 당시 평가	O
수시 평가	O
치료 계획	
자살 예방 계획 수립	O
자살 고위험군 관리 지침 적용	X
감시	
위험 장소 출입 제한	X
집중 관찰 지침 시행	X
시설 관리	
목땀 걸이 및 끈 제거	X
병동 환경 안전 모니터링	(미기재)
직원 교육	(미기재)
사후 대처	X

나. 서울고등법원 2017.12.22.선고 2017나2034941

본 사건은 수원지방법원성남지원 2017.5.30선고 2015가합204607의 항고심이다. 지능이 평균 수준이며 망상 증상을 보인 만 18세 10개월 남자 환자가 1년이상 입원 치료를 받았고 입원 392일에 옥상에서 산책 중 투신하여 사망하였다. 법원은 병원장과 기획부장의 보호의무 위반을 인정하여 피고의 책임비율 50%로 187,328,778원을 배상하라는 판결을 내렸다.

환자는 1년 이상 장기 입원하였는데 입원 당시와 치료 중 환자의 자살 위험 평가는 미기재되었다. 의료진은 망상으로 장기 입원한 경우 자살 위험을 주기적으로 평가해야 한다. 그리고 환자가 이전에 산책 치료를 받은 적 있으나 자살 생각을 표현하고, 난간에 다가가기도 하고, 자살 시도 및 폭행을 해서 산책이 중단되었다가 사건 시점에 재개되었다. 의료진은 불안정한 환자의 감시를 격상하고 신중히 평가한 뒤 산책을 시행하는 것이 좋다. 또한 의료진은 자살 위험 평가 결과를 기록해야 한다.

병원의 산책 규정은 사건 당시 지켜지지 않았다. 환자와 동행한 의료진은 환자를 감시하거나 위험한 장소를 지키고 서 있기에 충분한 수가 아니었다. 또한 의료진이 보행이 어려운 다른 환자를 부축하거나 병동에 데려다 주느라 환자를 감시하는 인력이 없었다.

산책에 동행한 직원 중 원무과 직원이 있었다. 의료진은 환자의 자살 위험성과 같은 정보를 치료진 회의나 인계를 통해 공유한다. 그러나 원무과 직원에게도 환자에 대한 정보가 제공되었는지는 알 수 없다. 환자 감시 인력이 충분한 교육과 훈련을 받은 의료진이면 긴급 상황에서 각 환자에 맞는 대처가 가능하다. 따라서 기관은 되도록 의료진 만으로 산책 감시 인력을 구성하거나, 원무과 직원이나 경비 등 의료진이 아닌 직원을 참여시킬

경우 산책을 나가기 전에 환자에 대한 정보를 숙지시켜야 한다.

옥상 문은 잠겨 있었지만, 개구부가 다수 있으며 환자가 쉽게 접근할 수 있었다. 기관은 산책에 사용하는 야외에 울타리를 설치해야 한다. 울타리는 출입 제한과 탈출·추락방지 역할을 한다. 또한 기관은 개구부에 창살이나 추락방지망을 설치해 울타리가 파손될 상황을 대비해야 한다. 기관은 옥상에 CCTV를 설치하지 않았는데 기관은 카메라로 환자가 외부로 나갈 수 있는 공간을 수시로 감시해야 한다. 그러나 이 조치만으로 사고를 예방하기 어렵기 때문에 산책할 때 의료진이 함께 있어야 한다.

기관은 직원이 추락 위험을 인지하고 개구부를 막거나 산책을 시행하지 않도록 지속적으로 건의했음에도 환경 위험을 방지했다. 환자를 감시하는 것 만으로는 자살 예방이 어렵기 때문에 환경 위험은 반드시 제거해야 한다. 사건 이후 기관이 산책을 중단하고 개구부를 막았는지는 판결서에 나와있지 않다. 기관은 위험을 인지한 뒤 건물주와 협의해 개구부를 막거나 울타리를 설치할 때까지 환자와 보호자의 요구에 반하더라도 산책을 즉시 제한해야 한다.

기관은 산책에 참여하는 직원에게 산책할 때의 주의사항을 교육했지만 새로 들어온 직원이 없다는 이유로 보수교육을 하지 않았다. 기관은 환자 감시 인력을 정기적으로 교육하고 직원이 교육받은 대로 수행하는지 확인해야 한다. 교육 내용 또한 환자 감시 규정뿐 아니라 자살 위험징후, 병원의 환자안전 규정, 심폐소생술 등이 포함되어야 한다.

표 30. 2017나2034941 판결의 분석(요약)

범주	시행 여부
자살 위험 평가	
입원 당시 평가	(미기재)
수시 평가	X
치료 계획	
자살 예방 계획 수립	(미기재)
자살 고위험군 관리 지침 적용	X
감시	
위험 장소 출입 제한	X
집중 관찰 지침 시행	(미기재)
시설 관리	
추락방지시설 설치	X
병동 환경 안전 모니터링	X
직원 교육	X
사후 대처	(미기재)

V. 고찰

1. 연구 방법에 대한 고찰

본 연구는 2005년부터 2015년까지의 의료소송 판결문 분석을 통해 정신과에서 발생하는 환자안전사건의 종류와 양상을 파악하였다. 그간의 정신과 의료사고 분석은 문헌을 고찰하거나 단일 병원에서 발생한 사건을 분석하는 방식이었다.¹⁶ 이 경우 상담기록, 간호기록, 심리검사기록 등의 다양한 자료를 분석할 수 있는 장점이 있지만 심각한 환자안전사건보다는 근접 오류가 많이 포함되어 있으며 환자의 특성에 초점을 맞추었다. 기존 판례 분석 연구는 연구자가 의미 있는 판결을 모아 미국, 일본 등 외국 판결과 함께 비교하여 분석하는 비교법학적 관점의 분석이었다.³³ 그리고 의료인의 책임이 인정된 사례와 아닌 사례를 비교하여 어떤 경우 책임이 인정되는지, 일실수익이나 피해자 측의 과실상계 범위 등을 법적 차원에서 분석하였다. 책임 인정 사유 중 시설 설비, 인력 규정을 검토하거나 사건이 예견될 경우 필요한 조치의 수준에 대해 제시하기도 하나 대개 예견 가능성을 바탕으로 주의를 기울이지는 결론을 내어 사건 예방을 위한 제언은 많지 않다.

본 연구에서는 한정된 기간동안 전국에서 판결된 의료소송을 분석하여 인력과 시설 규정, 입원 환자의 구성이나 치료 환경이 다른 여러 기관에서 발생한 사건을 비교할 수 있는 장점이 있다. 2017년도 의료분쟁조정·중재 통계 연보를 살펴보면 2017년도에 접수된 정신과 관련 조정·중재는 27건 이었고 이중 사망 4건, 장애 3건, 치료 필요 20건으로 상대적으로 사망과 장애와 같은 심한 악결과가 적었다.² 상대적으로 적신호 사건이 의료소송으로 이어진다고 볼 수 있다. 이 분석 결과는 임상 현장에서 환경 위험 및 환자 관리 지침으로 즉시 활용되어야 하는 중요성을 지니고 있다.

특히 병동 내 자살 및 자해 사건이 전체 자살의 6% 정도로 흔치 않기 때문에 병동 내 자살 예방 지침에 대한 임상 연구가 부족하다. 그리고 무작위 임상 시험은 윤리적 문제로 시행되기 어렵다. 그리고 자살 사건 방지를 위해 제일 효과적인 방법은 사건에 이용될 수 있는 도구와 사건이 자주 발생하는 장소의 접근성을 제한하는 것이다.⁵⁷ 우리나라에서는 농약 판매를 금지한 이후 자살률이 절반으로 감소하였다.⁸⁸ 그리고 의료진은 이전부터 자살 고위험 환자가 자살에 사용할 수 있는 물품을 제한해왔다.⁸⁹ 본 연구는 문헌과 가이드라인을 분석하였고 판결을 통해 실제 사건의 특성을 파악하였다. 그리고 이를 종합하여 환경 위험과 환자 관리를 중심으로 자살 예방에 대해 제언함으로써 현실을 반영하면서도 효과적인 지침을 제안하고자 하였다.

2. 연구 결과에 대한 고찰

본 연구는 2005년부터 2015년까지의 의료소송 판결문 분석을 통해 정신과에서 발생한 환자안전사건 중 환자, 피고, 판결, 사건의 특성을 확인하였다. 또한 국내외 입원 환자 자살 예방 지침을 검토하였고 비교적 사건의 경위와 기관의 환경 위험과 환자 관리 규정이 판결서에 구체적으로 기술된 자살 사건을 살펴보았다.

피고의 책임비율은 손상에서 더 높았는데 이는 사건의 종류와 관련이 있다. 사망 사건에는 자살이 많이 포함되어 있다. 자살의 경우 책임비율이 평균 27.2% 인데 반해 낙상의 경우는 53.3%으로 약 두 배의 차이가 났으며 탈출도 41.4% 로 자살에 비해 높았다. 자살의 경우 환자가 자신의 신체에 대한 위험성을 어느 정도 스스로 판별할 수 있을 정도의 의사결정능력이 있었다고 보기 때문에 비율이 낮다고 한다.³⁴

그런데 약물 부작용 사건 또한 자살과 비슷한 정도의 책임비율이었다. 약물 부작용 사건의 경우 약물의 선택, 투여 방법, 약물 투여 후 부작용의 감시 책임 모두 의료진에게 있다. 그런데 관례에서는 보호자가 환자에게 임의로 약을 복용시키고 의료진에게 함구했거나, 기존 질환(알코올의존, 폭음, 심장병변, 간경변 등)이 사망에 기여했거나, 의료 현실(병원의 인적·물적 시설의 규모가 크지 않으며, 토요일이어서 정상적 진료가 어려워 종합병원에 입원할 것을 권유했으나 보호자가 원해 입원시켰거나, 할로페리돌 정맥주사는 알코올의존 환자에 대한 임상치료 현실에 오랫동안 관행적으로 이루어졌다는 등)을 고려되어 과실비율이 낮았다. 그러나 약물 부작용 사건은 본 연구에서 소수만 포함되어 있어 추가적인 연구가 필요하다.

과실이 인정된 이유를 살펴보면 가장 흔한 이유는 부주의였고 두번째로 시설관리 위반이었다. 부주의는 환자에게 필요한 적절한 감시 수준과 연관된 결과이다. 따라서 환자 감시 기준을 보완해 환자의 상태를 평가하고 그에 맞는 감시 기준을 적용해야 한다. 시설관리 위반은 목땀 걸이나 탈출·추락방지시설 설치의 유무 및 적정성과 관련된 결과이다. 따라서 병동 환경 위험을 주기적으로 점검해 시설을 보완해야 한다. 그 외에 응급처치 및 진단 혹은 전원의 지연도 상당한 이유를 차지하여 의료기관 내에 응급처치 및 전원조치의 매뉴얼을 마련하고 주기적으로 매뉴얼을 훈련해야 한다.

사건에서 가장 흔한 환자의 질병은 조현병이었다. 기존 통계에서도 정신과 입원 환자의 제일 흔한 질환은 조현병으로, 전체 입원 환자의 절반에 해당한다. 그 외에는 알코올 및 약물 장애가 22% 가량이며 우울증과 양극성 정동장애는 각각 약 5%이다.⁹⁰ 그리고 조현병 환자는 입원한지 상당히 경과한 뒤에도 사건이 발생하였다.⁴⁷ 대개 입원 초기에 환자에 대한 감시가 더 높은 수준으로 이루어지고 장기 입원 환자는 평가를 자주 받지 않으며

외출, 외박, 산책이 더 허용되는 경우가 많다. 조현병 환자의 경우는 주기적인 평가가 필요하며 환자의 상태가 변화하면 감시의 수준을 높여야 한다.

사건은 주간보다 야간에 더 많았다. 이는 야간에 충분히 훈련된 의료인력이 적게 배치되는 것과 같은 의료인력 충원과 배치와 연관이 있을 수 있다. 정신과 병동 내 자살 연구에서도 의료인력이 충분한지와 사건의 연관성이 보고되었으며 의료인력이 바쁠 때와 감시가 소홀해질 때 사건이 더 발생하였다고 한다.²⁵

그런데 본 연구의 주중과 주말의 사건 발생 빈도는 기존 연구와는 상반된 결과이다. 과거 주중과 주말의 의료 처치의 차이에 대한 연구에서 주말에 입원한 환자가 주중에 입원한 환자보다 더 사망률이 높으며 이는 치명율이 높은 질환일수록 심했는데 적은 의료인력으로 인해 검사나 수술적 처치의 지연이 원인으로 지적되었다.⁹¹ 그러나 주중에도 의료인이 검사나 처치 업무량이 많아 적절한 수준의 감시를 못할 수 있다.^{12,92}

그리고 주중의 의료인력도 업무에 비해 많이 부족했을 가능성이 있다. 우리나라는 OECD(Organization for economic cooperation and development)국가 중 인구총생산이 비슷한 국가인 캐나다와 브라질에 비해 의사 및 의료인력 수가 절반 수준으로 부족하다.⁹⁰ 그리고 정신의료기관 인력기준은 다른 과에 비해 느슨하다. 정신건강복지법 제11조 제2항관련 정신의료기관 종사자의 수 및 자격기준에 대한 시행규칙에 따르면 의사는 입원 환자 60명당 1명, 간호사는 입원 환자 13명당 1명이며 정원의 2분의 1의 범위 안에서 간호사를 간호조무사로 대체할 수 있다. 반면 의료법 제38조 관련 의료기관에 두는 의료인의 정원에 대한 시행규칙에서는 의사는 연평균 1일 입원 환자를 20에서 나눈 수가 정원이며, 간호사는 2.5으로 나눈 수가 정원이다. 이처럼 정신과는 다른 과에 비해 인력이 부족해 환자를

적절히 감시하거나 환자안전사건에 빠르게 대처하기 어려울 수 있다.⁹³

이외에도 업무가 과중한 시간과 실제의 교대 시간과의 괴리로 인한 업무 과중,⁹⁴ 비효율적인 인수인계,⁹⁵ 상급자의 관리 부족,⁹⁶ 의료인의 잦은 이직⁹⁷ 도 주중 사건에 영향을 미칠 수 있다.

3. 정신과 병동 내 자살 사건 예방을 위한 제언

판례 분석 결과와 문헌 및 가이드라인 검토를 통해 정신과 병동 내 자살 사건 예방을 위한 제언을 하고자 한다. 크게 자살 위험 평가, 위험 평가 결과에 따른 감시의 적용, 감시의 적절성, 환경 위험 요인 평가 및 제거, 자살 예방 지침 적용 모니터링 및 교육으로 분류하였다.

가. 자살 위험 평가

의료진은 모든 입원 환자의 자살 위험을 입원 당일 평가한다. 특히 자살 위험으로 인해 입원한 경우는 환자의 상태에 따라 수시로 평가하고, 자살 고위험으로 평가되면 입원 첫 2주간 집중적으로 평가한다. 평가할 경우 척도를 사용할 수 있고 평가 내용은 의무기록에 기록되어야 한다.

환자와 보호자 면담뿐 아니라 타 기관 진료기록부, 진료의뢰서를 받아오도록 해 환자의 과거력을 철저히 파악하는 것이 필요하다.

나. 고위험 개입 규정

의료진의 치료 계획은 자살과 자해 위험을 관찰하고 개입하는 조치를 포함해야 한다. 관찰의 간격과 범위를 정해야 하며 CCTV와 같은 간접 매체로 감시하는 것과 의료진이 직접 감시하는 것을 모두 고려해야 한다.

의료진은 자살 위험성이 극도로 높은 환자를 CCTV가 설치된 보호실에

입원시키고 5분 이내 간격으로 의료진이 직접 감시하며 보호자 혹은 간병인을 상주시켜 환자를 혼자 두지 않도록 한다. 자살 위험을 이유로 입원하면 환자는 적어도 입원 당일부터 하루 이상 보호실에서 집중 관찰을 받아야 한다. 환자가 보호실에 입원하게 되면 불필요한 물건을 제거하고 환자의 상태와 보호실 설비와 사물을 수시로 확인해야 한다

환자가 극심한 자살, 자해, 폭력과 공격행동을 보이면 의료진은 강박을 시행할 수 있고 강박 시행 후 환자가 진정되었다라도 상태를 10분 이내로 수시로 확인해 자살 위험과 강박으로 인한 신체 손상에 대해 평가한다.

자살 고위험 환자가 혼자 있으면서 감시를 받지 않을 때가 위험하므로 환자가 샤워실과 화장실을 사용할 때 특별 조치를 취해야 한다. 의료진은 자살 위험이 극심한 경우 환자가 혼자 샤워하는 것을 금지하고, 샤워실과 화장실 출입 시간을 확인하며 사용시간이 길어질 경우 환자의 상태를 확인한다. 환자가 수면을 취할 때에도 감시가 유지되어야 한다.

자살 고위험 환자가 검사, 면회, 전원 등을 이유로 병동 밖으로 이동하면 의료진은 환자 감시가 끊기지 않도록 한다. 병동 규정에는 동행하는 의료진의 수와 역할 분담, 탈출 대응 지침이 명확하게 규정되어야 한다. 의료진은 환자가 병동 밖을 나가기 전에 최근 환자의 자살 위험 평가를 확인하고, 최근 위험 평가에 변화가 있다면 이유를 검토한다.

의료진은 자해나 자살에 사용될 수 있는 물건을 환자 및 보호자에게 안내하여 반입을 금지시키고 해당 물건이 발견되면 즉시 수거한다. 금지 물건을 병동 규칙에 명확히 규정하는데 그 예로는 목땀에 사용될 수 있는 끈 같은 물건 혹은 날카로운 물건이거나 쉽게 깨지는 물건이다. 병동 비품 중 전선이 긴 의료기기와 같이 자살에 사용될 수 있는 물건은 잠금 장치를 사

용해 보관하고 의료진이 사용을 감시하며 바로 수거한다. 의료진은 외출 이후, 면회 전후 적극적으로 소지품을 검사하며 수시로 개인 사물함을 확인하여 위험한 물건을 수거한다. 자살 고위험 환자의 경우 목땀을 방지하기 위해 속옷 등 꼭 필요한 옷이 아닐 경우 입는 옷도 제한한다.

의료진 간의 의사소통이 매 교대의 인계시간 뿐 아니라 수시로 이루어져야 한다. 인계 중에는 환자가 병동 생활 중에 보이는 이상행동을 보고하고, 치료진 회의 때 환자의 현재 상태, 치료 경과 등에 대해 공유하고 환자의 자살 위험과 그에 따른 감시 수준을 결정한다. 그리고 의료진이 환자의 자살 위험이 높다고 판단할 경우 모든 의료진에게 알려 감시의 수준이 일관되게 이루어지도록 해야 한다. 직원이 환자의 보호·감시의 수준을 빠르게 확인하기 위해 침대나 손목의 환자식별표시에 위험 표시를 만드는 조치도 도움이 될 것이다.

다. 환자 감시

의료진이 근무 교대 시간, 병실 활동(투약, 식사, 위급한 환자의 간호, 검사 등)으로 바쁠 때 감시가 소홀해질 수 있다. 의료진의 감시가 철저히 이루어지려면 업무 분장이 명확해야 하고, 바쁜 의료인의 업무를 보완하는 체계가 만들어져야 한다. 또한 야간과 공휴일과 같이 근무 인력이 적을 때도 의료진이 수시로 병동 순회를 돌아야 한다. 그리고 당직의가 자살 위험이 높으면 즉시 개입 하는 시스템을 마련해야 한다.⁵⁷

기관은 병동 인력 확보의 어려움과 감시의 용이함을 고려하여 CCTV를 설치해야 한다. CCTV는 외부로 통하는 문 앞, 창문이 설치된 복도, 목땀걸이를 제거할 수 없는 장소, 출입을 확인해야 하는 화장실과 샤워실, 집중적인 감시가 필요한 보호실 앞 문과 보호실 내부에 설치한다.

라. 집중 관찰

집중 관찰을 시행할 때에는 집중 관찰의 적응증, 종결 기준을 명확하게 기록한다. 집중 관찰은 최대 24시간 이내로 처방하고 환자 한 명 당 의료진 한 명을 배정해야 한다. 담당 의료진은 관찰 외의 업무를 맡지 않으며 환자의 손과 얼굴을 시야에 두고 환자와 팔 하나 거리에 위치한다. 화장실과 샤워실도 함께 가며 의료진은 최대 1시간 관찰 후 교대한다.

집중 관찰을 실행하는 의료진은 환자의 증상, 상태 변화, 위험 징후에 대해 주목하도록 교육받아야 한다. 관찰 내용은 교대 때 보고해야 한다.

마. 병동 시설 관리

기관은 병동 내 목땀 위험이 있는 시설 유무를 주기적으로 확인해야 한다. 기관은 특히 병실, 화장실, 샤워실과 같은 환자가 혼자 감시 없이 지내는 곳에 목땀 걸이로 사용될 수 있는 금속 재질의 부속품을 교체하거나 제거해야 한다. 병실, 화장실, 샤워실의 경첩은 긴 경첩으로 교체하고 그 끝이 손에 닿지 않을 정도로 높게 위치하도록 바꾸거나 경첩이 노출되지 않도록 해야 한다. 문 손잡이도 끈을 걸 수 없는 모양으로 교체해야 한다. 기관은 샤워실의 샤워 커튼과 샤워 레일을 제거한다. 샤워 꼭지를 없애고 버튼이나 다이얼로 조절하도록 하며 욕실 용품 거치대를 없애고 벽에 오목한 홈을 만들어 물건을 올려놓게 한다. 기관은 샤워 핸들도 제거해야 하는데, 환자가 장애가 있어 샤워 핸들을 꼭 사용해야 하는 경우는 해당 환자가 샤워실을 사용할 때만 일시적으로 설치해 보호자가 사용하게 하고 샤워가 끝나고 바로 의료진이 수거해야 하도록 하는 매뉴얼을 만들어야 한다. 화장실의 휴지 걸이가 체중을 지지하지 못하도록 설치하며 체중 지지용 핸들을 목땀이 쉽지 않도록 막혀있는 디자인으로 변경해야 한다.

기관은 목땀 위험이 있는 시설을 높이와 상관없이 점검해야 한다. 병실 침대의 부속품, 가구에 설치된 봉, 창틀, 탈출방지를 위한 철망이나 안전망도 확인해 쉽게 끈을 걸 수 없는 형태로 바꾸거나 무게를 견디지 못하는 제품으로 바꿔야 한다. 세면대 밑 배관도 접근이 어렵게 숨겨놔야 한다.

그리고 기관은 끈으로 사용할 수 있는 물건을 수거하고 벨트, 신발끈, 손수건, 비닐봉지 등을 수거한다. 시트나 베게 커버는 끈으로 사용하기 어려운 재질이어야 한다. 또한 면도칼과 같이 자상에 사용할 수 있는 물건도 수거하며 병원 시설 설비 중 날카로운 부분을 없애야 한다.

화장실과 샤워실의 문에 잠금 장치를 달고 사용하지 않으면 잠궈야 한다. 또한 화장실과 샤워실의 문은 안에서 잠그지 못하게 해야 한다.

기관은 환자가 투신하지 않도록 출입문과 창문 시정을 확인해야 한다. 기관은 창문의 유리나 잠금 장치가 쉽게 훼손되기 어려운 재질로 만들고, 최소한으로만 열리게 해야 한다. 주기적으로 잠금 장치의 작동과 훼손여부를 확인해야 한다. 그리고 창문이 열릴 것을 대비하여 추가로 탈출·추락방지장치를 설치하여 투신을 막아야 한다. 병동을 출입할 경우 문 뒤에 환자가 있는지 확인하며 주기적으로 출입문의 비밀번호를 바꾸는 매뉴얼을 만들어야 한다. 출입문을 이중 문으로 만들어 탈출이 어렵게 할 수 있다.

기관이 옥상 산책을 허용하거나 옥상에 흡연실을 둘 경우 투신을 막을 수 있도록 울타리를 3미터 이상 높게 설치해야 한다. 울타리는 환자가 쉽게 타고 올라가거나 손상시킬 수 없는 재질로 만든다. 울타리는 끊김이 없어야 한다. 옥상에 환자가 울타리를 손상시키거나 울타리를 넘는데 사용할 만한 물건을 치운다. 그리고 CCTV나 움직임 감지장치를 설치해 감시한다.

보호실은 자살 고위험 환자를 보호하고 관찰하는 곳이기 때문에 보호실

에 환경 위험이 있으면 즉시 제거한다. 보호실을 설치할 때 간호사실 바로 옆에 설치해서 의료진이 감시하기 용이하도록 한다. 기관은 문에 관찰창을 설치해 환자를 쉽게 관찰하고 CCTV를 설치해 사각지대를 없앤다. 보호실에 창문이 있다면 창문을 없애고, 문 손잡이나 경첩도 목땀에 사용되지 않도록 없애거나 디자인을 바꾼다.

바. 병동 안전 모니터링

기관은 병동 시설 모니터링을 위해 병동에서 근무자 중 안전관리자를 선정한다. 병동 시설은 매달 병동 안전관리자가 점검하고 매년 법률가, 건축가, 환자안전 전문가가 포함된 안전관리 위원회가 별도로 점검한다.⁵⁴

안전관리위원회는 병동 시설을 직접 확인하고, 병동 내 안전관리자가 안전 점검을 시행하고 위험을 발견해 수정한 사항을 서면으로 확인한다. 매 평가마다 고위험으로 평가된 경우는 즉시, 그렇지 않은 경우는 한달 내로 수정해야 한다. 환경 위험이 수정될 때까지 기관은 자살 고위험 환자를 안전한 병실로 이동시키고 위험한 시설로의 접근을 제한한다.

시설 점검을 시행할 때 의료진이 환자의 자살 위험을 평가하고, 환자 감시, 산책, 이동에 대한 병동 안전 규칙을 잘 지키는지를 평가한다. 이를 위해 안전관리자가 의료인이 환자를 어떻게 대하는지를 직접 관찰하거나, 의료진과 면담할 수 있고, 직원교육 일정 및 내용을 확인한다.

사. 직원 교육

모든 의료진과 직원은 병원의 자살 위험 환자 관리 규정에 대해 주기적으로 교육을 받아야 한다. 교육의 내용에는 자살 위험의 정의, 자살위험징후, 자살 위험을 인지할 경우 대처법, 자살 위험에 따른 환자의 감시 수준, 위험한 물건 및 환경 위험의 정의, 시설 관리 등이 포함된다. 또한 응급상

황을 대비하여 심폐소생술 등의 응급처치, 환자가 탈출하거나 추락할 경우 환자 수색 방법, 경찰과의 공조 방법 등을 교육해야 한다. 의료진과 직원이 새로 채용되면 채용 즉시 교육하며 주기적인 보수 교육한다.

그리고 환자안전문화를 확산시켜 능동적으로 사건을 예방해야 한다. 환자안전주간을 제정하고, 환자안전대회를 열거나, 환자안전사건 감소를 위한 인센티브 제도 도입을 실행할 수 있다. 그리고 근접오류나 환자안전사건이 발생하면 사례회의를 시행하거나 근본원인분석을 하고 환자안전 지침을 수정해 병원전체에서 공유하는 것도 필요하다. 이 목표가 달성되기 위해서는 기관에 환자안전 인력이 충원되어야 하고 병원의 근접오류를 수집하여 통계 분석 및 보고를 담당해야 한다.

정신과 병동에는 의사와 간호사뿐 아니라 보호사와 같은 다른 병동에는 없는 특수한 직역이 있으며, 의료진 안전 문제가 대두되며 안전 요원도 병동에 상주한다. 안전 인력을 비롯해 환자를 대하는 사회사업팀, 영양팀, 미화팀 등 다양한 영역의 직원도 기초 및 안전교육을 받는 것이 필요하다.

아. 사후 관리

환자안전사건이 발생하면 즉시 응급처치를 시행하고, 필요한 처치를 위해 빨리 전원한다. 그리고 사건 이후 환경 위험이 있는 시설은 바로 폐쇄하고 최대한 빠른 시간안에 환경 위험을 없앤다. 환자 관리 규정도 검토하여 환자 관리의 미비점을 찾아 교정한다.

4. 연구의 제한점

본 연구에서는 판결서를 사용하여 사건의 경위를 확인하였는데 환자의 임상 양상, 상담기록, 심리검사 결과, 간호기록 및 병원 내 시설 설비, 안전과 관련 다양한 규정이 압축되어 있거나 일부만 기재되어 있어 환자의 특

성, 기관의 안전 규정, 사건의 발견 경위, 이후 응급처치의 과정 등의 정보가 부족하였다. 환자안전사건의 분석과정에는 사건이 치료 과정 중 어떤 과정에서 발생하여 누구에게 발견되고 어떻게 처리되는지를 살펴보는 것도 중요한데 이런 내용은 판결서에 기재된 내용만으로는 파악하기 곤란하였다.

그리고 각 의료기관의 근무 인원 수, 근무 경력, 자격증 내용, 교대근무 일정, 인수인계 방식, 업무량, 인력배분 방식에 대해서는 정보를 수집할 수 없어 시스템 요인에 대한 해석에 한계가 있었다. 인력의 숙련도와 피로도가 사건에 영향을 줄 수 있는 요인이지만 본 연구에서 다루지 못했다.

또한 사건이 발생하더라도 조정, 중재가 아닌 민사소송으로 이어진 사례만 분석한 것이기 때문에 전체 사건 중 일부만이 본 연구에 포함되었다. 이전 연구에서 전체 자살의 5-6%가 병원에서 일어나며, 10만번 입원 시 3.2명의 자살이 발생한다고 한다. 2017년 한 해 동안 정신과 진단명으로 입원한 환자는 총 156,645명으로 평균 1.6회 입원하였다.⁹⁰ 따라서 2017년에는 약 25만회의 입원이 있었고 약 8건의 병원 내 자살이 발생되었을 것으로 추정된다. 2017년의 통계로 연구 기간내의 자살 건수를 추정하면 총 11년간 약 88건으로 추정된다. 그러나 본 연구에서는 절반 이하인 28건만 포함되었다. 그리고 자해, 근접 오류도 본 연구에는 포함되지 않았다.

마지막으로 본 연구에서는 병원 내 자살 예방 관련 연구를 문헌 조사하고 해외 환자안전 기관의 가이드라인을 종합하여 병원 내 자살 예방 지침을 제안하였다. 그러나 우리나라 각 기관에서 사용하고 있는 규정을 포함시키지 못했다. 가이드라인을 현실에서 적용할 때 각 병원의 구조와 인력에 맞춰 수정이 필요하며 우리나라 의료 현실과 정신건강복지법 또한 고려해야 한다. 집중 관찰의 경우 높은 비용이 필요하기 때문에 비용효과 분석이 필요하다고 한다.⁹⁸ 그리고 문헌 조사의 시간적 어려움으로 인해 환자를

대상으로 한 연구만을 포함하지 못했고 체계적 문헌 고찰 연구도 포함시켰다.

5. 향후 연구의 제안점

중대한 사건에 더해 근접 오류까지 분석한다면 정신과에서 발생하는 사건의 다양한 양상을 확인할 수 있을 것이다. 이를 위해서 소송, 조정, 중재 자료와 각 병원 내 환자안전사건 자료를 통합해 분석하는 것이 필요하다. 또한 병원에서 환자안전사건을 자율 보고할 때 인력 구성, 경력, 근무 형태 등과 같은 시스템 요인을 함께 보고하면 병원 별 시스템의 차이와 사고 발생의 관련성 등을 분석할 수 있을 것이다. 그리고 ICPS의 분류로 환자의 양상, 사건 과정, 사건의 결과를 분류한다면 어떤 영역에서 사건이 호발하는지 더 쉽게 파악할 수 있을 것이다.

마지막으로 각 병원의 병원 내 환경 위험 및 환자 관리 규정을 분석한다면 기관별 규정의 편차를 확인할 수 있고, 현재 시행되는 지침과 가이드라인을 종합하여 환자안전사고 예방 지침을 제안할 수 있을 것이다.

VI. 결론

본 연구에서는 2005년부터 2015년까지 의료소송 판례문을 살펴보아 정신과 병동과 관련된 환자안전사건의 특성을 분석하였다. 특히 환경 위험과 환자 관리에 초점을 맞춰 정신과에서 벌어진 사건의 현황을 개괄적으로 분석하였다. 그리고 판례 중 환경 위험과 환자 관리에 대한 지침이 상세히 나와있는 두 사건을 선별하여 판결문을 통해 사건의 경과를 자세히 살펴보았다. 각국의 환자안전관련 지침과 문헌을 분석하였고 앞서의 환자안전사건 분석을 종합하여 정신과 병동 내 자살 사건 예방을 위해 제언하였다.

본 연구에서는 자살 사건이 가장 흔했고, 환경 위험을 수정하며 환자 관리를 철저히 하는 것이 사고 예방에 중요하였다. 특히, 목맴과 투신을 방지하기 위해 병동 내 목맴 걸이와 탈출·추락방지장치를 설치하며 환자의 자살 위험에 따라 집중적인 관리가 필요하였다.

환자안전사건과 관련된 논문이 매우 부족한 가운데 본 연구는 환자안전과 관련된 의료인의 법적 책임을 확인하여 이를 토대로 병동 안전 수칙을 마련하고 사건 예방을 위한 환경 조성 및 의료인의 교육에 활용될 수 있을 것으로 생각된다. 그리고 환자안전을 위해서는 의료인 개인뿐 아니라 환경 위험과 환자 관리에 대한 기관의 노력과 환자안전사건에 대한 국가적 관심과 분석이 필요하다.

참고문헌

1. Korea Medical Dispute Mediation and Arbitration Agency. Medical dispute mediation and arbitration statistical yearbook 2017. Seoul: Korea Medical Dispute Mediation and Arbitration Agency; 2018.
2. Lee DP. Current status of medical disputes, prospects and cautions. Korean J Med 2019;94:231-6.
3. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. N Engl J Med 2006;354:2024-33.
4. Charles SC. Coping with a medical malpractice suit. West J Med 2001;174:55-8.
5. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA 2005;293:2609-17.
6. Baicker K, Fisher ES, Chandra A. Malpractice liability costs and the practice of medicine in the Medicare program. Health Aff 2007;26:841-52.
7. Kang M, Kim JE, An KE, Kim Y, Kim SW. Physicians' perception of and attitudes towards patient safety culture and medical error reporting. Korean J Health Policy Adm 2005;15:110-35.
8. Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C, Vargish T, et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. Lancet 1997;349:309-13.
9. 서제희. 병원의 환자안전 현황과 과제. 보건복지포럼 2016;240:6-16.
10. Lee JH, Lee SI. Patient safety: the concept and general approach. Qual Improv Health Care 2009;15:9-18.
11. Shin SH, Kim SY, Jang SG, Lee W. Analysis of closed medical litigation in urology. Investig Clin Urol 2017;58:317-23.

12. Kim NY. Analysis of patient safety incident in Korea. *J Korean Acad Nurs Adm* 2020;26:151-9.
13. Park BY, Kwon JW, Kang SR, Hong SE. Analysis of malpractice claims associated with surgical site infection in the field of plastic surgery. *J Korean Med Sci* 2016;31:1963-8.
14. Shin S, Jang SG, Min K, Lee W, Kim SY. The legal doctrine on the liability of physicians in medical malpractice lawsuits involving complex regional pain syndrome. *J Korean Med Sci* 2018;33:e46.
15. Kwak JY, Choi K-R, Jun RM, Han KE. Medical litigations associated with cataract surgery in Korea. *J Korean Med Sci* 2018;33:e180.
16. Kim H-J. A clinical study on the escape of psychiatric inpatients. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1984;23:243-55.
17. Kim H, Kim J-W, Kang H-J, Kim S-Y, Lee J-Y, KIm J-M, et al. Factors associated with suicidal behavior of psychiatric inpatients. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2019;58:202-8.
18. Large M, Ryan C, Nielssen O. The validity and utility of risk assessment for inpatient suicide. *Australas Psychiatry* 2011;19:507-12.
19. Tishler CL, Reiss NS. Inpatient suicide: preventing a common sentinel event. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31:103-9.
20. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry* 2003;160:1-60.
21. Park Yh. The trend of precedents about calculation of damage compensation for last decade. *The Korean Society of Law and Medicine* 2010;11:397-445.
22. Modlin HC. Forensic psychiatry and malpractice. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1990;18:153-62.
23. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2009.

24. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. Violence: the short term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments. In: Royal College of Nursing(UK), editor. London; 2005.
25. Flynn S, Nyathi T, Tham S-G, Williams A, Windfuhr K, Kapur N, et al. Suicide by mental health in-patients under observation. *Psychol Med* 2017;47:2238-45.
26. 대한환자안전학회. 환자안전 개념과 적용. 서울특별시 박영사 2017.
27. Hwang S-H, Kim M-H, Park C-S. Patient safety practices in Korean hospitals. *Qual Improv Health Care* 2016;22:43-73.
28. 옥민수, 구홍모, 서희정, 백현지, 김민지. 2019년 환자안전사고 실태조사 In: 의료기관평가인증원, editor. 서울; 2020.
29. 의료기관평가인증원. 정신의료기관 평가제도를 통한 현안 분석과 정책적 발전방안. 의료기관평가인증원; 2015.
30. 대한의사협회. 의료분쟁의 이해 법문사; 2009.
31. Lee JS. Recognition of reasonable causation in cases of mentally ill patients committing suicide and the adequate level of damages. *The Korean Society of Law and Medicine* 2008;9:165-96.
32. 신현호. 정신과영역에서의 의료과실판례. *Korean J Med Law* 1998;56-70.
33. Son H. Negligence liability of hospitals for suicide of patient. *The Korean Society of Law and Medicine* 2006;7:9-74.
34. Park J, Bae H. Legal judgement about psychiatric patients injuries during admission of closed ward. *Korean J Leg Med* 2012;20:219-46.
35. Rachlin S. Double jeopardy: suicide and malpractice. *Gen Hosp Psychiatry* 1984;6:302-7.
36. Lieberman DZ, Resnik HL, Holder-Perkins V. Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34:448-53.
37. Sakinofsky I. Preventing suicide among inpatients. *Can J*

Psychiatry 2014;59:131-40.

38. Inoue K, Kawanishi C, Otsuka K, Cho Y, Shiraishi M, Ishii T, et al. A large-scale survey of inpatient suicides: comparison between medical and psychiatric settings. *Psychiatry Res* 2017;250:155-8.

39. Jayaram G. Inpatient suicide prevention: promoting a culture and system of safety over 30 years of practice. *J Psychiatr Pract* 2014;20:392-404.

40. De Santis ML, Myrick H, Lamis DA, Pelic CP, Rhue C, York J. Suicide-specific safety in the inpatient psychiatric unit. *Issues Ment Health Nurs* 2015;36:190-9.

41. Mills PD, DeRosier JM, Ballot BA, Shepherd M, Bagian JP. Inpatient suicide and suicide attempts in Veterans Affairs hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008;34:482-8.

42. Watts BV, Young-Xu Y, Mills PD, DeRosier JM, Kemp J, Shiner B, et al. Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:588-92.

43. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry* 2012;27:129-41.

44. Mills PD, King LA, Watts BV, Hemphill RR. Inpatient suicide on mental health units in Veterans Affairs (VA) hospitals: avoiding environmental hazards. *Gen Hosp Psychiatry* 2013;35:528-36.

45. Watts BV, Shiner B, Young-Xu Y, Mills PD. Sustained effectiveness of the mental health environment of care checklist to decrease inpatient suicide. *Psychiatr Serv* 2017;68:405-7.

46. Stewart D, Bowers L, Warburton F. Constant special observation and self-harm on acute psychiatric wards: a longitudinal analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31:523-30.

47. Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: a systematic

review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:315-28.

48. Russ MJ. Constant observation of suicidal patients: the intervention we love to hate. *J Psychiatr Pract* 2016;22:382-8.

49. Haddock G, Pratt D, Gooding PA, Peters S, Emsley R, Evans E, et al. Feasibility and acceptability of suicide prevention therapy on acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *BJPsych Open* 2019;5:e14.

50. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064-74.

51. Coffey CE. Building a system of perfect depression care in behavioral health. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007;33:193-9.

52. Hogan MF, Grumet JG. Suicide prevention: an emerging priority for health care. *Health Aff* 2016;35:1084-90.

53. Williams SC, Schmaltz SP, Castro GM, Baker DW. Incidence and method of suicide in hospitals in the United States. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2018;44:643-50.

54. Mills PD, Watts BV, Miller S, Kemp J, Knox K, DeRosier JM, et al. A checklist to identify inpatient suicide hazards in veterans affairs hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010;36:87-93.

55. Department of Health. An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London Stationery Office; 2000.

56. Lee M-S. The suicide of the psychiatric patients and the responsibility of the hospital. *Korean J Leg Med* 1996;20:94-100.

57. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012;379:1005-12.

58. Gournay K, Bowers L. Suicide and self-harm in in-patient psychiatric units: a study of nursing issues in 31 cases. *J Adv Nurs*

2000;32:124-31.

59. Green JS, Grindel CG. Supervision of suicidal patients in adult inpatient psychiatric units in general hospitals. *Psychiatr Serv* 1996;47:859-63.

60. Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol* 2005;34:433-42.

61. Han K-T, Kim SJ, Jang S-I, Hahm M-I, Kim SJ, Lee SY, et al. The outcomes of psychiatric inpatients by proportion of experienced psychiatrists and nurse staffing in hospital: new findings on improving the quality of mental health care in South Korea. *Psychiatry Res* 2015;229:880-6.

62. De Moore GM, Robertson AR. Suicide attempts by firearms and by leaping from heights: a comparative study of survivors. *Am J Psychiatry* 1999;156:1425-31.

63. Beautrais AL. Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: a case study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2001;35:557-62.

64. Lee JS, Lee DP, Yoo HJ, Jeong HS. Review of 2012 major medical decisions. *The Korean Society of Law and Medicine* 2013;14:303-54.

65. Knapp S, VandeCreek L. Malpractice risks with suicidal patients. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 1983;20:274-80.

66. Bowers L, Crowhurst N, Alexander J, Callaghan P, Eales S, Guy S, et al. Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: results from a London-wide survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9:427-33.

67. Fischer ID, Krauss MJ, Dunagan WC, Birge S, Hitcho E, Johnson S, et al. Patterns and predictors of inpatient falls and fall-related injuries in a large academic hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2005;26:822-7.

68. Chen JC, Levy ML. Causes, epidemiology, and risk factors of

- chronic subdural hematoma. *Neurosurg Clin N Am* 2000;11:399-406.
69. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 1993;118:219-23.
70. Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K. Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:1172-81.
71. 이재호, 이원, 이유라, 이의선, 장승경. 환자안전사고 주제별 보고서 2018.
72. Dickens GL, Campbell J. Absconding of patients from an independent UK psychiatric hospital: a 3-year retrospective analysis of events and characteristics of absconders. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001;8:543-50.
73. Mezey G, Durkin C, Dodge L, White S. Never ever? characteristics, outcomes and motivations of patients who abscond or escape: a 5-year review of escapes and absconds from two medium and low secure forensic units. *Crim Behav Ment Health* 2015;25:440-50.
74. Mackin P. Cardiac side effects of psychiatric drugs. *Hum Psychopharmacol* 2008;23:3-14.
75. Reilly J, Ayis S, Ferrier I, Jones S, Thomas S. QTc-interval abnormalities and psychotropic drug therapy in psychiatric patients. *Lancet* 2000;355:1048-52.
76. Beach SR, Celano CM, Noseworthy PA, Januzzi JL, Huffman JC. QTc prolongation, torsades de pointes, and psychotropic medications. *Psychosomatics* 2013;54:1-13.
77. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman Jr GH, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med* 2012;13:26-34.
78. Pratt JP, Chandler-Oatts J, Nelstrop L, Branford D, Pereira S, Johnston S. Establishing gold standard approaches to rapid tranquillisation: a review and discussion of the evidence on the safety

and efficacy of medications currently used. *Journal of Psychiatric Intensive Care* 2008;4:43-57.

79. 배현아. 응급환자의 병원 간 전원에 있어서 의사의 법적 책임. *의료정책포럼* 2008;6:97-110.

80. Allen DE, de Nesnera A, Robinson DA. Psychiatric patients are at increased risk of falling and choking. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2012;18:91-5.

81. Fioritti A, Giaccotto L, Melega V. Choking incidents among psychiatric patients: retrospective analysis of thirty-one cases from the west Bologna psychiatric wards. *Can J Psychiatry* 1997;42:515-20.

82. Flannery RB, Wyshak G, Flannery GJ. Characteristics of international assaultive psychiatric patients: review of published findings, 2013-2017. *Psychiatr Q* 2018;89:349-57.

83. Son H. Psychotherapist's liability for failure to protect third person. *The Korean Society of Law and Medicine* 2010;11:331-93.

84. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia. *J Gen Intern Med* 2006;21:1133-7.

85. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: a systematic review. *Front Psychiatry* 2019;10:400.

86. Recupero PR, Price M, Garvey KA, Daly B, Xavier SL. Restraint and seclusion in psychiatric treatment settings: regulation, case law, and risk management. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* 2011;39:465-76.

87. Stewart D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16:749-57.

88. Cha ES, Chang S-S, Gunnell D, Eddleston M, Khang Y-H, Lee WJ. Impact of paraquat regulation on suicide in South Korea. *Int J Epidemiol* 2015;45:470-9.

89. Kapur N, Hunt I, Windfuhr K, Rodway C, Webb R, Rahman M, et

- al. Psychiatric in-patient care and suicide in England, 1997 to 2008: a longitudinal study. *Psychol Med* 2013;43:61-71.
90. National Center for Mental Health. National mental health statistics pilot study. 4th ed. Seoul: National Center for Mental Health; 2018.
91. Bell CM, Redelmeier DA. Mortality among patients admitted to hospitals on weekends as compared with weekdays. *N Engl J Med* 2001;345:663-8.
92. Härkänen M, Ahonen J, Kervinen M, Turunen H, Vehviläinen-Julkunen K. The factors associated with medication errors in adult medical and surgical inpatients: a direct observation approach with medication record reviews. *Scand J Caring Sci* 2015;29:297-306.
93. Kim GH, Kim SJ, Kim S-S. Nurse staffing, inpatient's length of stay and safety accidents in psychiatric hospital settings. *J Korean Data Anal Soc* 2017;19:503-11.
94. Levin S, Aronsky D, Hemphill R, Han J, Slagle J, France DJ. Shifting toward balance: measuring the distribution of workload among emergency physician teams. *Ann Emerg Med* 2007;50:419-23.
95. Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Saf* 2013;36:1045-67.
96. Jagsi R, Kitch BT, Weinstein DF, Campbell EG, Hutter M, Weissman JS. Residents report on adverse events and their causes. *Arch Intern Med* 2005;165:2607-13.
97. Park SH, Boyle DK, Bergquist-Beringer S, Staggs VS, Dunton NE. Concurrent and lagged effects of registered nurse turnover and staffing on unit-acquired pressure ulcers. *Health Serv Res* 2014;49:1205-25.
98. Blumenfield M, Milazzo J, Orlowski B. Constant observation in the general hospital. *Psychosomatics* 2000;41:289-93.

부록
표 1. 문헌 조사 결과 요약

범주	저자	문제	결과/제안
8	선별 (1984) ¹		자살 위험이 있는 환자의 입원, 전원, 퇴원의 결정은 정신과의사가 직접 당일 평가하며 의료진의 관찰내용을 고려해 결정함.
	Lieberman (2004) ²	위험요인을 따져 감시하면 다른 환자 감시가 어렵고 위양성의 문제를 보임.	환경 조정이 필요함.
	Sakinofsky (2014) ³	임상가의 평가가 부정확함.	
	Inoue et al (2017) ⁴	자살 생각을 표현하지 않음.	자살 평가가 필요함.
기록 작성	Rachlin (1984)		치료를 위해 개방병동으로 가는 등의 결정은 기록함.

표 1. 문헌 조사 결과 요약(이어서)

범주	저자	문제	결과/제안
88	자살 예방 시스템 마련	Jayaram (2014) ⁵	<p>자살 위험 평가를 시행하고 간호사와 대면소통함. 매 교대 때 집중 관찰의 세부항목을 기록함. 관찰 필요성을 매일 검토하고 의사에게 피드백함.</p>
	De Santis et al(2015) ⁶		<p>원내 자살을 예방하기 위한 중재 및 전략을 수립함. : 환자가 탈출하나 확인하고 병동을 나갈 때 허락받음. 조현병과 기분장애의 자살 위험은 동일하게 주의함. 신환은 제일 높은 단계의 관찰을 받음. 절망스러워하거나 장기 입원한 환자는 재평가함. 환경 안전을 추적하고 예방하며 의사소통을 향상시킴. 급성 혼란에 있는 환자를 감시함. 위험한 물건을 제한하도록 교육하고 안전 계획을 세움.</p>
	치료진 회의	Jayaram (2014)	<p>치료진 회의를 시행하지 않음.</p> <p>다양한 직역이 참여해 규칙적인 회의함. 현재 이슈, 치료 결과, 사망회의(mortality conference), 근본원인분석, 위험관리 회의 등이 있음.</p>

표 1. 문헌 조사 결과 요약(이어서)

범주	저자	문제	결과/제안
환경 위험 제거	Lieberman (2004)	천장 배관이 드러나면 부적절함. 속옷, 끈, 선, 비닐봉지, 라텍스 장갑은 위험함. 환자가 다인실을 쓰면 다른 환자 물건으로 자살 시도할 수 있음.	다양한 후크(샤워기, 옷장, 커튼, 스프링클러)는 없애거나 매몰하고 샤워기는 버튼으로 조정하며, 커튼은 100파운드 이상 견디지 못하게 함. 주기적으로 전문가가 검사함. 물건을 목맴이 어려우며 낮게 설치함. 비닐봉지를 쓰지 말고 라텍스 장갑을 치료실이나 간호사실에 보관함.
	Mills et al(2008) ⁷	문, 옷장이 목맴의 41%, 면도칼이 자살의 37%를 차지함. 투신의 57%는 발코니와 복도에서 벌어짐.	환경 위험 제거가 필요함.
	Watts et al(2012) ⁸	1999.1.1.-2011.3.31.간 자살은 10만입원당 2.65, MHEOCC 사용 후 0.87임.	환경 위험 제거가 필요함.

표 1. 문헌 조사 결과 요약(이어서)

범주	저자	문제	결과/제안
환경 위험 제거	Wasserman et al(2012) ⁹	집, 공공장소, 병원	환경을 안
		전하게 하고 자살 방법의	접
		근을 제한함.	
		병동이 고층에 있으면 투신가	능성이 있음.
			창을 잠그고 약간만 열리게 함. 화장실과 샤워실 파이프나 끈은 특히 주의함. 문을 양쪽으로 열고, 옷장에 행거를 작게 만들. 샤워 헤드를 변경하고 화장실을 안에서 못 잠그게 함. 커튼과 날카로운 설비를 없애고, 경첩을 높게 담. 거울과 전선을 매립함. 불연재 매트리스를 설치하고 천장에 공간이 없게 함.
	Mills et al(2013) ¹⁰	가장 흔한 끈은 시트로 끈의 종류에 따라 치명도의 차이를 보임.	불필요한 문을 없애고 목을 뺄 수 있는 시설을 낮게 설 치하고 옷장문을 없앴. 끈으로 사용하기 어려운 시트를 사용하며 벨트와 면도 기를 없앴.
	Sakinofsky (2014)	환경이 자살 원인의 84%를 차지함.	목땀 걸이로 사용될 수 있는 문, 선반을 제거함. 세제와 같은 독성물질, 벨트, 신발끈, 비닐봉지 등 끈으 로 사용 가능한 물건, 면도칼을 제한하고 제거함.

표 1. 문헌 조사 결과 요약(이어서)

범주	저자	문제	결과/제안
환경 위험 제거	De Santis et al(2015)	환경 위험을 줄이는 계획을 시행함.	옷장, 옷걸이, 벨트, 커튼 등 목땀 걸이와 끈을 없애고 시설을 낮게 설치함. 날카로운 물건과 위험물의 접근을 제한하고 의류기기는 잠글 수 있는 곳이나 감시하에 둬.
	Watts et al(2017) ¹¹	2000-2015년간 자살은 10만 입원당 4.2였고, MHEOCC 사용 후 0.74 였음.	적용 7년 후까지도 효과가 유지됨.
	Sakinofsky (2014)	병동 환경이 자살 원인의 84%를 차지함.	정규적인 환경 회진이 필요함.
감시	Jayaram (2014)		지도자는 병동 시설을 평가하기 위해 매주 순회함. 환경을 수정함.
	De Santis et al(2015)		연간 2회의 환경 회진, 매달 작은 회진을 시행함.

표 1. 문헌 조사 결과 요약(이어서)

범주	저자	문제	결과/제안
집중 관찰 시행	Lieberman (2004)		보호실 내부에 튀어나온 곳이 없고 카메라와 창문으로 관찰이 가능해야 함.
	Stewart et al(2009) ¹²	정신과 급성기 병동과 중환자 실을 조사함. 집중 관찰 시간은 기관별로 차이가 컸고 의료진이 없을 때 임시직이 근무함.	집중 관찰이 체계적 평가보다는 의사의 임상경험에 따 라 처방됨.
	Bowers et al(2011) ¹³	80%이상의 자살 시도는 직원 이 발견했고, 3.2%는 주변인 이 직원에게 알렸음. 2.8%는 환자가 마음을 바꿈. 1.6%는 환경으로 시행불가함. 집중 관찰 중에도 자살함.	의료진은 집중 관찰 중 환자가 화장실에 뛰어들어가는 등 숨기는 모습을 발견하거나, 간헐적 관찰 중 우연히 자살 시도를 발견함. 그 외 의료진이 예민하게 환자를 관찰하여 발견함. 간헐적 관찰의 경우 개인공간을 감시하는 것이 중요함. 의료진의 경계하는 태도가 중요함.

표 1. 문헌 조사 결과 요약(이어서)

범주	저자	문제	결과/제안
94 집중 관찰 시행	Wasserman et al(2012)		집중 관찰 시 환자를 어디서나 볼 수 있게 옮겨야 함.
	Jayaram (2014)	집중 관찰할 때 각 직역의 역할이 불명확함.	간호사가 매일 병동을 순회하고 매시간 환자를 확인하며 안전 계획을 검토함. 관찰자는 데이터 시트로 인계하며 매 교대마다 수정함. 관찰자와 경비가 피드백하여 이를 간호사에게 인계함.
	Sakinofsky (2014)	집중 관찰이 드물거나 불완전하고 기준이 없음. 72시간 이상의 집중 관찰은 역효과를 냄. CCTV는 맹점이 있음.	환경 조절에 집중해야 함. 15분내의 관찰은 간격을 무작위로 함. 투명한 방에 환자를 두고 간호사실에서 관찰함. 병동 디자인이 관찰에 용이해야 함.

표 1. 문헌 조사 결과 요약(이어서)

범주	저자	문제	결과/제안
집중 관찰 시행	De Santis et al(2015)	<p>신환, 고위험군, 아직 위험성이 파악되지 않은 환자는 지속적으로 관찰을 해야 함.</p> <p>매 15분마다의 관찰은 자살을 예방하지 못함.</p>	<p>고위험 기간은 환자의 상태가 변화할 때, 입퇴원, 의료진 교대 변화, 저녁과 야간, 다른 일로 의료진이 정신없을 때임.</p> <p>고위험 환자는 일대일 관찰을 받는데 환자가 간호진의 팔 거리에 있고 간호사실 근처의 방을 사용하며 책임간호사가 담당자에게 보고함.</p> <p>의료진은 방의 위험요인을 확인하고 식사는 판지에 제공함.</p>

표 1. 문헌 조사 결과 요약(이어서)

범주	저자	문제	결과/제안
집중 관찰 시행	Russ (2016) ¹⁴	<p>집중 관찰 기록과 인계가 부족함.</p> <p>집중 관찰의 기준이 없음.</p> <p>집중 관찰할 때 의료진 훈련이 부족하고, 환자 감시가 미완성이거나 자주 시행하지 않고, 의사소통이 부족함.</p>	<p>집중 관찰의 적응증, 종결 기준, 환자 평가, 종결 근거를 작성하고 인계에 사용함.</p> <p>의료진은 집중 관찰의 이유, 위험징후, 자극요인에 대한 기록을 제공받고 교대할 때 계획이 수정되었나 확인함.</p> <p>의료진 한 명당 환자 한 명을 배정하고 관찰 외의 업무를 맡지 않고 환자의 손과 얼굴을 시야에 두고 환자와 한 팔 거리에 위치하며 화장실과 샤워실도 함께 감.</p> <p>되도록 같은 성별인 의료진이 관찰하며, 특히 화장실과 샤워실은 반드시 같은 성별이 동행함.</p> <p>의료진은 최대 1시간 관찰 후 교대함.</p> <p>집중 관찰은 누구든 시작할 수 있으나 주치의만 종결함.</p> <p>24시간 이내 간격으로 자살 위험성을 재평가함.</p> <p>집중 관찰 처방은 최대 24시간 동안 낼 수 있고 교대당 최소 1번 이상 환경을 검사함.</p>

표 1. 문헌 조사 결과 요약(이어서)

범주	저자	문제	결과/제안
집중 관찰 의 효과 검증 관찰 시행	Russ (2016)	집중 관찰의 자살 예방 효과 부족함.	의료진은 환자가 편안해하고 중재를 받아들이도록 존중 하며, 환자의 옆에 있어 감시당하는 느낌을 줄임.
	Stewart et al(2009)	정신과 급성 병동과 중환자실 을 조사한 결과 집중 관찰이 감소되었는데 자해가 늘어나 지 않았음.	집중 관찰과 자해의 연관성에 대한 장기적인 연구가 필 요함.
	Lieberman (2004)	관찰 중 위험요인 확인 및 제 거하지 않음. 15분 이상의 간격의 관찰은 부적절함.	관찰할 때 무작위로 확인해야 함. 자살 고위험군을 간호사실 근처에 두고 룸메이트를 둬. 의료진이 물건을 보기 전에 방문자가 환자에게 주지 못 하도록 경고함. 환자에게 자살 방법을 물어보고 그 방법을 제거함.
	Bowers et al(2011)	간헐적 관찰하는 환자의 19% 에서 자살이 완료됨.	환자를 우선 집중 관찰하다가 안전하면 그 이후 관찰 수준을 조정함.

표 1. 문헌 조사 결과 요약(이어서)

범주	저자	문제	결과/제안
관찰 시행	Jayaram (2014)	관찰 중 위험요인 확인과 제 거를 하지 않음.	방문자와 가방을 확인함. 고위험군은 간호사실에 가깝게 두고 화장실에 있을 때 도 감시함.
고위 험군 관리	De Santis et al(2015)	고위험군(자·타해의 위험 혹 은 치료를 손상시키는 경우)이 며, 자살 관련 적응증으로는 현재 심각한 자살 생각, 자살 시도가 보고된 경우, 다른 경 고증상이 있을 경우)을 위한 서비스가 필요함.	고위험군을 컴퓨터로 관리함. : 환자를 대하는 어떤 의료진이든 시작할 수 있음. 목적은 고위험 환자를 빨리 발견하는 것임. 자살 예방 팀원이 초기 기록을 작성함. 이 조치를 해제하려면 최소한의 시간이 흐르고, 위험요 인이 감소하고 보호요인이 증가하는 등의 조건에 맞아 야 하며 임상가의 결정과 자살 예방 코디네이터의 협진 이 필요함. 자살 위험군은 최소 30일간 강화된 관리를 받고, 환자가 자살 시도를 했거나 입원 중에 시작하면 90일 관리받음.

표 1. 문헌 조사 결과 요약(이어서)

범주	저자	문제	결과/제안
환자 안전 문화 확립	Jayaram (2014)	환자안전문화가 부족함.	다양한 직역으로 구성된 자살 예방 체계를 만들어 직원 교육과 재교육을 실시함. 근접오류를 비난 없이 검토해 안전문화를 촉진시킴.
66	De Santis et al(2015)	본 연구에서 모델로 삼고 있는 보훈병원에서 사용중인 자살 예방 계획은 2007년부터 자살 예방 코디네이터를 모든 병원에 위촉해 전략을 실행함.	자살 예방 전담 인력이 필요함. 자살 예방 코디네이터나 예방 팀원이 전직원 대상으로 1시간 자살 예방 교육을 실시하며, 의사는 컴퓨터로 추가 훈련을 받고, 정신과 병동에 근무하는 직원은 매년 교육을 받음. 환경 위험 감시 직원은 위험 완화 교육을 받음.
	De Santis et al(2015)	자살 사건 발생시 근본원인분석 시행이 미흡함.	병원 내 자살 혹은 퇴원 72시간 내의 자살의 경우 근본원인분석을 시행하고, 매년 결과를 통합함.

표 2. MHEOCC*의 시설 규정(일부 발췌)

범주	기준 및 평가항목
일반	
창문	판유리20b. 창문을 최대 4인치 이내로 열리게 함. 창틀21b. 틀에 돌출부나 구멍이 없어야 함.
문	23c. 화장실, 샤워실, 목욕실 문은 경첩이 높은(대략 문틀과 6인치정도의 차이) 문을 선호함. 경첩24. 자살 위험성을 낮추도록 위가 덮혀 있거나 긴 경첩을 사용함. 복도문의 금속장치25. 경첩이 가늘거나, 지렛대가 있어 올라미를 걸 수 없어야 함.
가구	일반29. 가구에 목맬 수 있는 부분이 없어야 함.
기타	쓰레기통34. 환자가 접근 가능한 쓰레기통의 봉지를 비닐이 아닌 종이 봉지를 씌.

* MHEOCC 는 재향군인회 환자안전사이트에서 확인할 수 있음.

(<https://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/mentalhealth.asp>)

표 2. MHEOCC 의 시설 규정(일부 발췌)(이어서)

범주	기준 및 평가항목
병실	플랫폼침대41. 플랫폼침대(손잡이가 없는 침대)가 제일 안전함. 베개와 매트리스41.2. 비닐과 베개커버를 제거함.
보호실	창문67. 유리는 충격에 저항하는 단단한 재질로 만듦. 문의 관찰창 외의 창문, 커튼, 외부 창 덮개, 철망 유리를 제거함. 관찰창을 방안을 관찰할 수 있도록 크게 설치함. 크기와 가시성68. 천장은 최소 2.7미터 높이이고 밖의 의료진이 환자를 관찰할 수 있어야 함. 격리 1시간 동안 의료진이 창으로 일대일 감시하고 이후 간호사실의 카메라로 관찰함. 69. 방이 최소 2.1-3.3미터 너비이고 복도 카메라로 문을 비춤. 맹점71. 카메라나 거울이 환자를 비춤. 의료진이 직접 관찰할 수 없으면 카메라를 사용하되 관찰 지침이 있어야 함. 내부에 볼록거울이 있으면 깨지지 않고 목땀 걸이로 사용되지 않도록 싸여 있어야 함. 매트리스75.1. 매트리스에 스프링이나 날카로운 끝이 없고 베개와 매트리스에 커버가 없음. 잠금장치77. 문이 잠금쇠(dead-bolt)로 잠기고 문 안쪽에 금속이 없음.

표 2. MHEOCC 의 시설 규정(일부 발췌)(이어서)

범주	기준 및 평가항목
화장실	<p>손잡이46. 화장실이나 샤워실에 손잡이를 설치하면 막힌 형태이거나 필요치 않으면 없앴.</p> <p>휴지 걸이47. 휴지 걸이는 무기가 되거나 체중을 지탱할 수 없는 플라스틱으로 만들.</p> <p>샤워기 56. 샤워기에 손잡이를 없애고 물이 자동조절되게 함.</p>
입구	<p>출입문79. 병동 출입문에 이중문을 설치함.</p> <p>출입 통제83. 간호사실에서 문 앞에 누가 있는지 볼 수 없으면 통제하면 안됨.</p>
야외	<p>울타리,문103a. 울타리를 쉽게 올라갈 수 없게 설치함.</p> <p style="padding-left: 40px;">b.울타리를 체적력을 견딜 수 있도록 고정하고 최소 3미터 높이로 설치함.</p> <p>무인 카메라와 알람107. 실외를 카메라로 감시함.</p> <p style="padding-left: 40px;">a. 카메라를 높게 설치해 야외를 180도로 보여줌.</p> <p style="padding-left: 40px;">c.정해진 의료진이 카메라로 감시하며 문제가 발생하면 알람을 작동시켜 경찰에 빠르게 연락하고 이 절차를 훈련함.</p> <p style="padding-left: 40px;">주기적으로 안전 시스템과 알람을 확인하고 기록함.</p> <p style="padding-left: 40px;">의료진은 환자가 야외에 있을 때 동행하며 환자와 의료진의 비율은 환자를 감시하기 충분해야 함.</p>

표 15. 진단별 사고 발생 건수

103

(건)	조현 병	비조 현병	미상	알코 올의 존	우울 장애	인격 장애	양극 성장 애	치매	기질 성장 애	강박 장애	지적 장애	기타
자살	11	15	2	6	11	5	1	0	2	2	0	2
낙상	0	6	0	4	0	0	0	1	1	0	0	0
탈출	4	10	1	5	2	1	2	0	0	1	0	2
불명의 추락	4	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
약물 부작용	1	3	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0
전원관련 사건	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
질식	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
환자 간 폭행	1	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
치료와전원	4	7	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4
자연사건												
강박 사건	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
총	31	50	4	22	13	6	6	2	5	3	2	9

표 18. 목땀 사건의 요약

진단	입원일	장소	목땀걸이/도구	과거력	감시		배상
					실제	요구	
조현병	28	화장실	문/수건	No	1	2	No
우울장애	3	화장실	경첩/손수건	Yes	1	3-4	Yes
조현병	2	화장실	안전철망/환자복	No	1	2	No
우울장애	3	화장실	미상/환자복	Yes	2*	3	No
조현병,우울장애,알코올의존	17	화장실	안전마/줄넘기	No	1	1	Yes
기질성정신장애	17	화장실	난간/환자복	Yes	1	2	Yes
우울장애	13	화장실	장애인손잡이/팔걸이	Yes	1	2	Yes
조현병,알코올의존	28	화장실	방법창/환자복	No	1	2	Yes
미상	6	샤워실	샤워꼭지/환자복	No	1*	2	Yes
우울장애	41	샤워실	샤워꼭지/베갯잇	Yes	2	3-4	Yes

표 18. 목땀 사건의 요약(이어서)

105

진단	입원일	장소	목땀걸이/도구	과거력	감시		배상
					실제	요구	
양극성장애	2	샤워실	샤워꼭지/환자복	Yes	1	3-4	Yes
우울장애, 인격장애	89	샤워실	안전틀/환자복	Yes	1	2	Yes
알코올의존	69	병실	문 손잡이/환자복	No	1	2	Yes
우울장애	149	병실	문 손잡이/환자복	Yes	1	2	Yes
우울장애, 인격장애	5	병실	침대 혹은 침대레일/환자복	Yes	2	3-4	Yes
우울장애, 강박장애, 인격장애	55	병실	못/비닐봉지	Yes	1	3-4	Yes
우울장애	3	병실	경첩/수건	Yes	1	3-4	Yes
알코올의존	23	병실	미상/수액줄	No	2 [†]	3-4	Yes
조현병, 기질성정신장애	1684	보호실	문 손잡이/속옷	No	1	2	No
조현병, 알코올의존	45	보호실	창틀/강박끈	No	2 [‡]	3	No

*출입과 사용 시간을 감시함. [†]상주 보호자가 의사와 면담위해 자리비움. [‡]야간은 10 분마다 감시함.

표 19. 투신 사건의 요약

진단	입원일	장소	상황	안전장치 설치여부	과거력	감시 실제	요구	배상
우울장애,알코올의존, 섭식장애,인격장애	15	개방병동 면회실 복도	면회	No	No	1	2	Yes
조현병	1083	다리	산책	No	No	1	1	Yes
강박장애,인격장애	62	개방병동 옥상 정원	이동	No	No	1	1	Yes
미상	392	옥상 정원	산책	No	Yes	1	3	Yes
조현병	52	면회실 옆 화장실 베란다	면회	No	Yes	1	2	Yes
조현병	920	재활병원	이동	No	Yes	1	1	Yes
조현병	15	복도	이동	No	No	1	2	Yes

표 29. 2010 가합 8703 판결의 분석

범주	시행 여부	판결서 기술 내용
자살위험 평가		
입원당시 평가	○	입원 당시 죽고 싶은 생각이 있다고 말하고...
수시평가	○	입원 33일째 타 환자와 다투고 ‘지금 당장 죽이러 가고 싶다’고 분노를 표시, 간호사 실 창문에 머리를 몇 번 부딪히면서 ‘자해하고 싶다, 지금 자해할 것이다’라고 말함, 30분간 구속복 치료를 받음, 같은 날 간호사 D에게 왼쪽 손목에 날카로운 것으로 여러 군데 긁혀 있는 상처를 보여줌, 이후 환청, 환시를 호소하고 짜증을 내며 불안해하다가 화를 내기도 하는 등 다양한 증상을 호소하며 죽고 싶다는 이야기를 반복함, 40일째 자해시도를 할 것 같다고 스스로 구속복을 입기를 요구해 1시간 동안 구속복 치료를 받음, 41일 다툼이 있었던 다른 환자에게 말을 건네었다가 욕설이 오고 가고, 의료진이 제지하고 신체적 구속치료를 시행하려 하자 이유를 납득하지 못하겠다고 물건을 집어던져 치료진을 위협하는 등 행동문제를 보여 같은 날 7:50부터 9:00까지

표 29. 2010 가합 8703 판결의 분석(이어서)

범주	시행 여부	판결서 기술 내용
수시평가	O	자타해 위험성이 매우 높은 상태라는 이유로 신체적 구속치료(5 point physical restraints)를 받음, 치료 중 큰소리로 소리 내어 울면서 “이런 건 내가 아니야, 나는 살고 싶지 않아, 죽여줘, 차라리 죽고 싶다”라고 함, 위 치료를 받은 직후 자살 생각 여부 질문에 “그거야 늘 있죠”라고 대답하였으나 구체적인 계획에 대하여는 이야기하지 않았고, 이후 진정된 상태로 차분한 모습을 보임.
108 치료계획		
자살예방 계획수립	O	자해 사고시 신체적 구속치료 시행, 치료진(간호조무사, 보호사 포함)은 주의 깊게 관찰, 위험한 물건 치우고 압수조치, 면회 시 적극적인 소지품 검사를 시행하기로 함.
자살 고위험군 관리지침 적용	X	병동의 운영지침 중 자살기도 예방에 따른 안전관리 지침에서 자살 위험이 높은 경우는 환청, 망상이 있는 경우, 심한 우울증, 갱년기 우울, 전에 자살을 시도한 경험이 있는 자임, 예방을 위해 15분 마다 병동순회를 철저히 함,(자살 위험이 높은 경우 수시로 순회함.) 근무 교대 시간이나 간호사가 병실 활동으로 바쁠 때 사고가 많으므로 특별히 주의함.

표 29. 2010 가합 8703 판결의 분석(이어서)

범주	시행 여부	판결서 기술 내용
자살 고위험군 관리지침 적용 감시	X	자살 위험도가 아주 높은 경우에는 보호자나 간병인을 상주시킴, 자살 위험성이 있는 환자가 샤워실을 이용하고 있을 때 주의 깊게 관찰해야 하며 심한 경우에는 샤워를 금지시키거나 보호사 혹은 간호조무사의 도움 하에 시행함.
109 위험장소 출입제한	X	13:10 침상에 누워 있는 것이 확인됨, 같은 날 13:35 화장실 내에 설치된 샤워실에 서..
집중관찰 지침시행 시설관리	X	샤워실에서 베갯잇을 찢어서 만든 끈으로 목을 맨 상태로 간호사에 의해 발견됨, 당시 샤워기가 틀어져 있는 상태로 샤워 커튼이 쳐져 있음.
목맴걸이 및 끈제거	X	화장실은 간호사실과 병실들 사이에 중간에 설치됨, 화장실 출입문 안쪽 벽에 환자의 출입을 알리는 감지기가 설치됨, 샤워실은 여자화장실 안쪽에 위치함, 샤워실을 가리는 커튼이 설치됨, 샤워실 내부의 벽면상단에 샤워 꼭지 설치됨.

표 29. 2010 가합 8703 판결의 분석(이어서)

범주	시행 여부	판결서 기술 내용
병동환경 안전 모니터링		(병동 환경 안전 모니터링 기록은 판결서에 기재되지 않음)
직원교육		(직원 교육 기록은 판결서에 기재되지 않음)
사후대처	X	현재 낮은 위치로 옮겨서 설치됨. (응급처치 내용, 관찰 지침 변경 여부는 판결서에 기재되지 않음)

표 30. 2017나2034941 판결의 분석

범주	시행 여부	판결서 기술 내용
자살위험 평가		
입원당시 평가		(입원 당시 자살 위험성 평가 기록은 판결서에는 기재되지 않음)
수시평가	X	망인은 2015.2.12.부터 일주일에 한 번씩 산책치료를 받음, 산책 중 난간에 가까이 다가가 밖을 쳐다보는 행동을 하여 직원들이 이에 대한 우려를 표시함, 망인은 2015.3.19 경 다른 환자에게 ‘자살하고 싶다’고 이야기, 이를 전해들은 D(주치의)에 의해 2015.3.27-5.3 까지 산책치료가 제한됨, 2015.4.10.같은 병실의 노인환자를 폭행해 다른 병동으로 옮긴 뒤, 2015.4.13. 병원에서 락스를 마심, 2015.5.4. 산책제한 조치가 해제됨.
치료계획		
자살예방 계획수립		(입원 당시 자살 예방 계획 수립 기록은 판결서에 기재되지 않음)

표 30. 2017나2034941 판결의 분석(이어서)

범주	시행 여부	판결서 기술 내용
자살 고위험군 관리지침 적용	X	망인은 옥상으로 올라간 뒤 추락지점인 옥상 난간으로 바로 혼자 이동, 그 동안 병원 직원의 관리 또는 제지를 받지 않음, 당시 환자들과 함께 직원 다섯 명이 동행, 그 중 한 명은 여자환자 한 명을 병동으로 다시 데려다 줌, 한 명은 환자 한 명이 말을 걸자 응대, 나머지 직원들은 치매병동 환자들인 노인들을 부축해 옥상으로 올라옴, 병원 직원 5명 중 원무과 남자 직원 1명만 옥상에 올라와 다른 환자들과 대화를 나누고 있어 다른 산책환자들에 대하여 관리가 소홀함.
감시		
위험장소 출입제한	X	외벽 개구부 하단에 양손을 짚고 오른쪽 다리를 걸쳐 올라가 13층 아래로 몸을 던져 같은 건물 4층 테라스 바닥에 떨어지는 바람에 여러 부위 손상으로 인한 저혈량 쇼크로 사망함.
집중관찰 지침시행		(병원의 집중 관찰 지침 및 환자가 받은 관찰 수준은 판결서에 기재되지 않음)

표 30. 2017나2034941 판결의 분석(이어서)

범주	시행 여부	판결서 기술 내용
시설관리		
추락방지 시설설치	X	병원 13층 옥상 외벽 중앙은, 바닥에서 약 135cm지점에 가로 최대 755cm, 세로 171cm 크기 개구부가 10여개가 있음, 피고 C(병원장),E(기획부장)은 개구부에 임시 그물망이나 차단막을 설치하지 않고 주 1회 약 30분씩 환자 15~20명이 외부산책을 하도록 함.
113 병동환경 안전 모니터링	X	옥상 개구부를 통한 자살 또는 추락의 위험성이 있어 개구부를 막아야 한다는 직원들의 건의가 여러 차례 있었으나, C, E은 건물주와 협의가 되지 않아 설치하지 못함. D은 주치의로서 망인의 경과를 관찰하고 증세의 호전에 따라 2015.4.경부터 퇴원을 고려하여 사회적응 준비의 일환으로 망인의 산책 재개결정을 내림, 정신병원의 특성상 환자들이 폐쇄 병동에서 장시간 생활을 지속해 치료의 일환으로 산책 등 외부활동을 함으로써 퇴원 등 사회 복귀를 도모할 필요가 존재함, D은 병원에 오고 나서 옥상의 외벽이 뚫려 있어 위험하니 펜스를 설치해달라고 수차례 요구함, 운영진은 산책치료의 매뉴얼대로 위험한 포인트에서 지키고 있으면 특별히 문제가 없을 것이라고 말함.

표 30. 2017나2034941 판결의 분석(이어서)

범주	시행 여부	판결서 기술 내용
직원교육	X	C이 환자들에 대한 산책을 중단함, 환자 및 보호자들의 요구로 다시 산책이 실시됨, E 은 2014년까지 환자들의 옥상 산책을 관리·감독하는 직원들에 대한 교육을 실시함, 산책이 중단되었다가 다시 실시된 2015.2 경부터 새로 들어오거나 바뀐 직원이 없다는 이유로 직원들에 대한 교육을 실시하지 않음.
사후대처		(사고 이후 산책 중지 및 개구부의 펜스 설치 기록은 판결서에 기재되지 않음)

ABSTRACT

Liability for malpractice claims of psychiatrist

Songli Ahn

*Department of Medicine
The Graduate School, Yonsei University*

(Directed by Professor Dong Ho Song)

Objective : Medical accidents have resulted in actual harm for patients, been costly for health care system, and diminished trust for both patients and practitioners. The present study analyzed malpractice claims related to patient safety incidents in psychiatric inpatient units.

Methods : This study analyzed defendants, cases and plaintiffs or patients characteristics, degrees of injury, and types of incidents in 85 civil malpractice suits filed from 2005 to 2015 with a focus on the methods and locations of suicides.

Results : Most defendants were psychiatrists(n=43). Of the 85 cases, 56(65.9%) were decided in favor of the plaintiff, most commonly on the grounds of negligence and violation of sound facility management principles. The most common diagnosis of patients was schizophrenia(n=31). The damages were deaths in 52 cases and injuries or other damages in the remaining 33 cases. The most common incident was suicide(n=28), followed by escape attempts(n=15).

The most common suicide method was hanging(n=20), which was usually committed in the private room using objects like door handles.

Conclusion : To reduce patient safety incidents, medical staff should monitor high-risk patients closely and constantly. Sufficient numbers of well-trained personnel are required to meet this standard. Reducing environmental hazards such as removing anchor points and installing door locking systems will improve patient safety.

Keywords : malpractice, psychiatry, inpatient, patient safety, suicide

게재리스트

Ahn SI, Lee W, Song DH. A Descriptive study on the civil lawsuits of medical malpractice occurred during psychiatric ward treatment. *Psychiatry Investig* 2020; 17(9): 865-70.