

SPECIAL ISSUE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2016;55(4):289-298
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

정신과 의사에게 시행되는 인권교육 이대로 좋은가

울산대학교 의과대학 서울아산병원 정신건강의학교실,¹
울산대학교 의과대학 울산대학교병원 정신건강의학교실²

강유리¹ · 안준호² · 주연호¹ · 김창윤¹

Current Human Rights Education for Psychiatrists Leaves Much to Be Desired

Yu Ree Kang, MD¹, Joon-Ho Ahn, MD, PhD²,
Yeonho Joo, MD, PhD¹, and Chang Yoon Kim, MD, PhD¹

¹Department of Psychiatry, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine,
Seoul, Korea

²Department of Psychiatry, Ulsan University Hospital, University of Ulsan College of Medicine,
Ulsan, Korea

Objectives Human rights education programs have been implemented annually since Korea enacted human rights legislation in 2009. The purpose of this study was to investigate attitudes of Korean psychiatrists toward human rights education and assess the relevance of the provided education materials.

Methods Questionnaires comprised of 8 items were provided to 274 psychiatrists attending the April 2015 Korean Neuropsychiatric Association seminar. In addition, 12 cases related to education material developed by the Korean National Human Rights Commission were examined to determine whether the material's content was relevant and appropriate for human rights education.

Results Data from 267 psychiatrists that answered all requested questions were included in the analysis. Although respondents in general accepted the beneficial intent of human rights education, the majority of respondents (71.5%) disagreed with the mandatory 4 h of annual human rights education. Approximately half of respondents (49.4%) believed that frequency of such education should be decreased. A substantial percentage of respondents (38.7%) expressed overall dissatisfaction with the education program, and more than half of respondents (55.6%) were skeptical that the current education program could produce a real difference in attitudes toward human rights. The case reviews highlighted several problems. First, all education materials were heavily weighted toward psychiatric hospitalization legal proceedings rather than human rights. Among the 12 cases examined, four were considered inappropriate for human rights education because they were presented as if human rights abuse was synonymous with violation of a law, even if the law was ambiguous.

Conclusion The current human rights education program does not meet psychiatrists' expectations. The results of this study suggest there is a need to reconsider the purpose and means of providing human rights education to psychiatrists.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2016;55(4):289-298

KEY WORDS Human rights education · Psychiatrists ·
National Human Rights Commission of the Republic of Korea ·
Korean Mental Health Act.

Received July 13, 2016
Revised July 14, 2016
Accepted August 19, 2016

Address for correspondence
Chang Yoon Kim, MD, PhD
Department of Psychiatry,
Asan Medical Center,
University of Ulsan College of Medicine,
88 Olympic-ro 43-gil, Songpa-gu,
Seoul 05505, Korea
Tel +82-2-3010-3416
Fax +82-2-485-8381
E-mail amc.cykim@gmail.com

서론

인권은 모든 인간이 태어날 때부터 갖는 자연권이며 정신 장애인도 마땅히 인권의 보편적 주체라 할 수 있다. 1971년

국제연합(United Nations, 이하 UN)에서 정신지체인 권리선언(Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons)으로 정신장애인의 인권에 대한 최초의 선언이 이루어진 이래,¹⁾ 수많은 국제기구에서 정신장애인의 인권 향상을 위한 지

침과 권고를 발표하였다. 2011년 UN 총회 결의로 채택된 유엔인권교육훈련선언(United Nations Declaration on Human Rights Education and Training)에서도 전 연령층과 전 사회 분야의 교육현장에서 보편적 인권과 기본적 자유 수호에 관한 교육 내용을 포함하도록 권고한 바 있다.²⁾

우리나라는 정신과 환자의 인권신장을 위하여 2009년부터 정신과 병상을 보유한 정신보건시설 운영자 및 종사자라면 예외 없이 매년 4시간 이상 인권교육을 받도록 하고 있다.³⁾ 인권교육이 제도화되면서 국가적 예산과 인력, 비용이 투입되고 있으며, 매년 2만여 명의 피교육자가 교육을 받고 있다. 정신보건시설의 장은 교육 이수를 위해 필요한 경비를 지급하고, 교육 실시결과를 보고해야 한다. 정신보건시설 평가와 인증에도 인권교육 이수여부가 반영되고, 평가 항목이 더욱 세분화될 예정이다.⁴⁾

이처럼 적지 않은 비용과 시간을 들여 많은 사람을 대상으로 시행되는 정신보건 인권교육이 과연 효과적인지에 대한 국내 연구는 아직까지 미미한 실정이다. 특히 정신과 의사를 대상으로 하는 인권교육이 과연 필요한지, 내용은 적절한지에 대해서는 부정적인 시각도 있다. 본 연구는 인권교육의 대상자 중에서도 정신과 의사를 대상으로 현행 교육에 대한 인식을 알아보고, 실제 사례를 통해 교육 내용상의 문제점을 검토하여 향후 인권교육이 나아갈 방향에 대한 논의의 첫 걸음을 내딛고자 한다.

방 법

인권교육에 대한 인식 조사

설문 대상

정신과 의사를 대상으로 정신보건 인권교육에 대한 인식을 알아보고자 하였다. 정신과 의사에는 수련 전공의와 전문의를 포함하였고, 대상자는 2015년 4월 3일부터 5일까지 3일간 대한신경정신의학회 춘계학술대회의 학회장을 방문한 사람으로 하였다. 총 274명이 설문에 참여하였다.

설문 문항

설문은 정신보건법과 정신보건 인권교육의 두 가지 독립된 주제에 대한 인식조사를 목적으로 저자가 직접 고안한 문항으로 시행되었다. 주제별로 각각 16개, 8개 문항이 구성되었고, 본 연구는 그중 정신보건 인권교육에 대한 설문만을 대상으로 하였다(부록). 설문 문항은 정신과 전문의가 매년 인권교육을 받을 필요성(문항 1), 교육빈도(문항 1-1), 온라인 교육에 대한 생각(문항 2), 교육경험(문항 3, 4)과 교육만

족도(문항 5), 교육의 실효성(문항 6, 7)에 대한 내용으로 구성되었다. 문항 1-1은 문항 1에서 '동의하지 않는다'고 답한 사람만 응답하였고, 문항 4부터 7까지는 문항 3에서 유경험자로 답한 사람만 응답하였다. 응답자의 인적 사항은 연령, 성별, 근무기관, 경력 및 종사기간에 대한 4개 항목이었다. 설문작성은 자기기입식 방법으로 소요 시간은 5분 내외였다.

통계분석

설문에 참가한 274명 가운데, 인권교육에 대한 설문 문항을 모두 완료한 267명의 응답을 대상으로 했다. 자료입력 및 기술적 통계분석은 SPSS version 21(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)로 하였고, 모든 문항에 대해 빈도분석을 시행하였다.

교육 사례 분석

저자가 직접 경험한 교육 사례 12개를 검토하였다. 2014년과 2015년에 저자가 소속된 기관에서는 인권강사를 초빙한 방문교육을 하였고, 강의형 교육과 참여형 교육에 각각 2시간이 할애되었다. 참여형 교육은 정신보건시설 인권침해를 유형화한 사례를 조별 토의와 발표, 이에 대한 강사의 논평으로 구성되었다. 2014년과 2015년에 제시된 사례는 각각 6개로 총 12개이며, 모두 국가인권위원회에서 개발된 사례였다.^{5,6)}

결 과

인권교육에 대한 인식

응답자의 일반적 특성

응답자 특성은 성별, 연령, 근무기관 유형, 경력 및 종사기간의 네 가지 인적사항에 관한 문항으로 나누어 알아보았다. 설문 문항을 모두 완료한 267명 가운데 인적사항을 답하지 않은 사람도 있었다. 네 가지 문항에 모두 응답한 사람은 250명이었다. 각 문항별 무응답을 제외하고 퍼센트 분율을 나타내었다(표 1).

응답자의 성별은 남성(171명, 66.5%)이 여성(86명, 33.5%)보다 많았다. 참가자 연령의 중위수는 34세, 평균값은 38.7세로, 전체 응답자의 절반 가량을 30대(55.0%)가 차지했다. 다른 연령대는 20대(11.1%), 40대(16.2%), 50대 이상(17.7%)으로, 연령대별로 비교적 고른 분포를 보였다. 전문의(151명, 58.1%)가 전공의(109명, 41.9%)에 비해 좀 더 많았다. 세부 경력은 전문의는 '5년 미만'(49명, 32.5%)이 가장 많았고, 그 다음으로 '10년 이상~20년 미만'(42명, 27.8%)이 가장 많았다. 경력이 '30년 이상'인 사람(17명, 11.3%)도 상당수 포함되었

다. 전공의는 연차별로 고른 분포를 보였다. 근무기관은 중합병원(158명, 60.3%)이 대부분을 차지하였고, 이외 입원시설이 있는 정신병원(58명, 22.1%)과 입원시설이 없는 병원

(35명, 13.4%)의 순서였다.

Table 1. Demographic characteristics of respondents (n=267)

Variables	n (%)
Sex	
Male	171 (66.5)
Female	86 (33.5)
Age	
20s	29 (11.1)
30s	143 (55.0)
40s	42 (16.2)
≥ 50s	46 (17.7)
Career	
Specialists	151 (58.1)
Residents	109 (41.9)
Duration of career	
Psychiatrists	
<5 yrs	49 (32.5)
5–10 yrs	23 (15.2)
10–20 yrs	42 (27.8)
20–30 yrs	20 (13.2)
≥ 30 yrs	17 (11.3)
Residents	
1st	22 (20.2)
2nd	26 (23.9)
3rd	30 (27.5)
4th	31 (28.4)
Workplace	
General hospital	158 (60.3)
Hospital with psychiatric ward	58 (22.1)
Hospital without psychiatric ward	35 (13.4)
Others	11 (4.2)

설문 결과

첫 번째 문항인 ‘정신과 전문의가 매년 4시간의 인권교육을 받는 것에 동의하십니까?’에 대해 대다수의 응답자가 ‘동의하지 않는다’(191명, 71.5%)고 답했다. 현행대로 매년 인권교육을 받는 것에 동의하는 비율은 상대적으로 적었다(76명, 28.5%)(표 2). 응답자의 절반 가량(132명, 49.4%)은 교육빈도의 변경을 원한다고 답했다. 희망 빈도로는 ‘2년에 1번’이 48명(18.0%), ‘3년에 1번’이 50명(18.7%), ‘5년에 1번’이 34명(12.7%)으로 나타났다. ‘정신과 전문의에게 인권교육은 불필요하다’고 답한 사람이 11명(4.1%), ‘필요성은 인정하나 레지던트 수련 과정에 포함시켰으면 한다’고 답한 사람이 48명(18.0%)으로 전문의가 인권교육을 받는 것에 대한 반대 의견(59명, 22.1%)도 상당했다.

첫 번째 문항을 전문의와 전공의로 구분하여 보았을 때, ‘정신과 전문의가 매년 4시간의 인권교육을 받는 것’에 ‘동의하지 않는다’고 답한 비율은 전문의(78.8%, 119명/151명)에서 전공의(63.3%, 69명/109명)보다 통계적으로 유의한 수준으로 높았다($p=0.006$).

두 번째 문항인 ‘인권교육을 온라인으로 대체하는 것’에는 대다수(227명, 85.0%)가 찬성 의견을 나타냈고, 소수의 반대 의견(40명, 15.0%)이 있었다(표 2). 세 번째로 ‘인권교육을 받아 본 경험이 있습니까?’에 ‘있다’고 답한 사람은 230명(86.1%), ‘없다’고 답한 사람은 37명(13.9%)으로, 응답자의 대다수는 인권교육을 경험한 사람들이었다.

네 번째 문항부터 마지막 문항까지는 인권교육 유경험자(230명, 86.1%)만 답하게 하였고, 문항별 응답결과는 230명을 기준으로 한 퍼센트 분율을 표시하였다. 네 번째 문항인

Table 2. Result of questionnaire

Question	Answer	n (%)
Agreement of current 4-hours-a-year education for psychiatrists	Agree	76 (28.5)
	Disagree	191 (71.5)
Agreement of online education	Agree	227 (85.0)
	Disagree	40 (15.0)
Satisfaction with current human rights education	Very satisfied	6 (2.6)
	Somewhat satisfied	43 (18.7)
	Neutral	92 (40.0)
	Somewhat dissatisfied	64 (27.8)
How much legal information do you find new in education materials?	Very dissatisfied	25 (10.9)
	Very new	4 (1.7)
	Somewhat new	145 (63.1)
	Not at all new	81 (35.2)
May human rights education help make a difference in real world?	May not help	128 (55.7)
	May help	102 (44.3)

‘인권교육을 받은 횟수’는 근소한 차이로 ‘5회 이상’(58명, 25.2%)이 가장 많았다. 1회는 40명(17.4%), 2회는 49명(21.3%), 3회는 56명(24.3%), 4회는 27명(11.7%)으로 답하여 교육횟수별로 비교적 고른 분포를 보였다.

다섯 번째 문항인 ‘인권교육에 대한 전반적인 만족도’에 대하여 ‘보통이다’(92명, 40.0%)는 의견이 가장 많았다. ‘매우 만족’ 및 ‘대체로 만족’이 각각 6명(2.6%), 43명(18.7%)으로 나왔고, ‘대체로 불만족’ 및 ‘매우 불만족’은 각각 64명(27.8%), 25명(10.9%)으로 나왔다. ‘보통이다’(92명, 40.0%)와 ‘만족’(49명, 21.3%)이 합치면 절반을 넘었으나(141명, 61.3%), 불만족(89명, 38.7%)도 적지 않은 비율로 나왔다(표 2).

여섯 번째 문항인 ‘인권교육을 통해 정신과 입원관련 법적 절차를 새롭게 알게 되었습니까?’에는 과반수(145명, 63.1%)가 ‘대부분 원래 알던 것이고 일부 새로운 내용이 있다’고 답했다. 그 뒤를 이어 ‘새로운 내용은 거의 없다’고 답한 사람이 81명(35.2%)이었고, ‘대부분 처음 접하는 내용이다’고 답한 사람(4명, 1.7%)은 극히 일부였다(표 2).

마지막으로 ‘인권교육이 실제 환자의 인권보호와 인권침해 예방에 도움이 된다고 생각합니까?’에 대해서 ‘별로 도움이 되지 않는다’(128명, 55.7%)는 의견이 ‘도움이 많이 된다’(102명, 44.3%)는 의견보다 약간 더 많았다(표 2).

인권교육 사례 분석

2014년에 제시된 토론 주제는 동의입원 환자의 퇴원 요구, 격리강박의 해지, 자의입원 환자의 퇴원 요구, 응급입원, 외국인 환자의 응급 입원, 보호의무자 자격이었다. 2015년에 제시된 토론 주제는 입원형식 변경에 의한 강제 입원, 보호의무자 자격과 시군구청장의 역할, 병원 직원에 의한 강제 이송, 병원 간 이송 및 계속 입원, 격리강박, 보호의무자에 의한 제증명서류 발급이었다.

총 12개의 사례를 검토했고 인권교육 자료로 부적절한 것은 2014년 사례 가운데 2개, 2015년 사례 가운데 2개로 다음과 같다.^{5,6)}

사례 1. 자의입원 환자의 퇴원 요구(2014년)

자의입원한 알코올 사용장애 환자가 외출시 술을 숨기고 귀원하여, 병원에서 음주한 사실을 보호사가 인지하게 되었다. 보호사의 보고를 받은 간호사는 주치의를 통하여 격리 조치 오더를 받고, 보호사의 도움을 받아 환자를 보호실에 격리 조치하였다. 격리된 환자는 밤 10시경 흥분하여 직원들에게 폭언을 하며 퇴원을 요구하였다. 병원 측은 시간이 늦었으니 내일 퇴원하라고 설득하였으나 환자가 완강히 퇴원을 요구하여 밤 11시에 주치의의 유선보고 및 지시에 따라 퇴

원하였다. 다음 날 딸이 병원에 찾아와 환자가 퇴원하여 거리에 쓰러져 머리를 다쳤고, 한밤중에 환자를 퇴원시킨 것은 인도적으로 있을 수 없는 일이라고 항의를 하였다.

본 사례는 자의입원에 관한 법의 규정이 명확하지 못하여 문제가 생긴 상황이다. 국내 법에는 자의입원의 경우, 환자가 요구하면 지체 없이 퇴원시키도록 하고, 위반하면 처벌을 받게 된다. 밤중에 술에 취한 환자를 퇴원시키는 병원 측의 결정이 다소 상식에 어긋나는 것처럼 보이나, 병원이 정당하게 환자의 퇴원을 막을 방법이 현실적으로 없다는 것이 문제다. 현행법에는 즉시 퇴원이 곤란한 상황에 대한 명확한 지침이 부재하기 때문이다. 예를 들어, 환자의 퇴원 요구로부터 몇 시간 이내에 퇴원이 완료되어야 하는지, 환자의 상태에 따라, 일정 기간 퇴원이 유보 가능한지를 정해 두고 있지 않다. 그리고 입원 기간 중에 환자 상태가 악화되어 당분간 퇴원이 안전하지 않다면, 근본적으로 입원 형태를 비자의 입원으로 전환하는 논의가 필요한데, 이에 대한 고려가 현행 법에는 없다. 그러므로 본 사례는 인권문제 사례라기보다는 자의입원의 퇴원 규정이 불명확해서 문제가 된 사례로 생각된다.

사례 2. 입원형식 변경에 의한 강제 입원(2015년)

A씨는 정신병원에 자의입원을 하고자 찾아갔다. 병원 원무과 직원으로부터 잠시 기다리라고 안내를 받았으나 곧 아버지가 병원으로 찾아왔고 바로 입원을 하게 되었다. 입원한 달 후, A씨는 자신은 자의입원을 요청했다고 하며, 퇴원을 요구했다. 간호사는 A씨가 내원 당시 술이 덜 깬 상태였고, 가족이 A씨가 내원하면 연락해 줄 것을 요청한 상황에서 가족(보호의무자)에 의한 동의입원을 진행했다고 설명하며 A씨의 퇴원 요구를 거절하였다.

사례의 교육의도는 환자가 자발적 입원의사를 밝히면 반드시 자의입원이 원칙이므로 보호의무자에 의한 동의입원으로의 변경은 잘못이라는 것이다. 사례에서 문제되는 점은 다음과 같다. 첫째, 입원 결정에 기본적으로 필요한 임상정보를 언급하지 않고, 보호의무자에 의한 입원은 무조건 잘못된 것처럼 단정짓는 점이다. 사례에는 주취 상태라는 점 외에 진단명, 과거 치료 경과와 입원력, 내원 당시의 정신과적 상태 등에 대한 언급은 전혀 하지 않고 있는데, 이런 정보들은 일반적으로 정신과 전문의가 입원 결정을 하는 데 필수적인 정보이다. 이런 정보 없이 보호의무자 입원의 적절성을 논하기란 어렵다. 둘째, 의사결정 능력이 불충분한 환자에게 자의입원이 적절한지는 논란의 소지가 있다. 사례의 환자가 의사결정 능력이 온전치 못한 상태라면, 자의입원이 바람직하지 않을 수 있다. 셋째, 퇴원 가능성에 대해 오직 입원 형식

만으로 결정되는 것처럼 제시되고 있다는 점이다. 마치 자의 입원이면 언제라도 퇴원이 가능하고, 보호의무자에 의한 동의입원이면 환자의 의사나 상태에 관계없이 퇴원할 수 없는 것처럼 오해될 소지가 있다.

요약하면, 사례는 입퇴원 결정에 필요한 환자정보에 대한 언급 없이, 보호자의 의사만으로 입퇴원에 관한 중요한 결정이 이루어지는 것처럼 내용을 제시하고 있다. 이는 내용이 불완전할 뿐만 아니라 실제 임상현실을 반영하지 못하고 있다. 또한 사례에 합의된 내용, 즉 환자가 원할 때 항상 자의입원이 바람직한지의 여부에 대해서도, 환자의 의사결정 능력에 따라서 판단이 달라질 수 있는 부분이다. 이를 종합할 때 본 사례는 인권교육 사례로는 적당하지 못하다고 생각된다.

사례 3. 보호의무자 자격(2014년)

경기도 모 지역의 정신병원으로 정신건강증진센터 전문요원과 한 명의 여동생이 환자와 동반하여 입원 의뢰차 찾아왔다. 보호자인 여동생은 자신의 제적등본과 입원 동의서를 작성하여 제출하며 환자의 입원을 요청하였고, 병원에서는 제적등본을 보니 90세 되신 환자의 어머니가 살아 있어 어머니의 동의 서명을 요구하였다. 병원 측이 여동생의 보호의무자 자격에 대하여 확인한 결과, 여동생은 환자와 따로 살면서, 환자가 정신병원에 입원할 일이 발생할 때마다 자신이 입원을 주선하였다며 입원동의서 등의 서류는 금방 보완하겠다며 입원을 요청하였다. 정신과 전문의의 대면진단 후 환자는 입원되었다. 이후 6일이 지나가는데 환자 모친의 입원 동의를 확정하지 못하였다. 여동생을 통하여 확인한 결과 모친은 경상도 모 시설 요양병원에 입원해 있는 상황이었다. 병원 측은 어떻게 하여야 할 것인가?

본 사례는 법적인 자격요건에는 맞지 않지만 선한 의도를 지닌 실질적인 보호자(여동생)와 자격요건은 충족하나 현실적으로 보호자 역할을 수행하기 어려운 보호의무자(모친)의 예를 보여준다. 국내 법의 보호의무자 2인 및 그 자격요건은 보호의무자의 이해관계가 대립되거나 권한이 남용되는 상황을 방지하고자 하는 취지에서 나왔다. 그러나, 본 사례는 보호의무자 자격요건을 강화시킨 법의 취지에 부합하기 보다, 오히려 까다로운 보호의무자 요건 때문에 입원이 어렵게 된 법의 맹점이 드러나고 있다. 사례에서 실질적인 인권침해가 있다고 보기 어렵고, 현행법의 개선점을 시사함에도 불구하고, 현행 법규를 그대로 교육하는 것은 논리적으로 맞지 않다.

사례 4. 보호의무자 자격과 시군구청장의 역할(2015년)

30대 중반 A씨가 상습적으로 취중에 어머니를 폭행하였다.

어머니는 A씨를 경찰에 신고하였고, 경찰과 함께 A씨를 정신병원으로 입원 의뢰하였다. 정신건강의학과 전문의는 A씨의 입원을 권고하였으나 A씨 본인은 자의로 입원할 뜻이 없었다. A씨 어머니는 1년 전 음주를 나무라다 A씨에게 폭행당한 뒤 경찰에 A씨를 고소하였고, A씨는 이로 인한 실형을 살고 나온 바 있어, A씨 어머니는 보호의무자 자격을 행사할 수 없는 상황이었다. 어머니는 경찰에 응급입원을 신청해줄 것을 요청했으나 경찰은 A씨에게 가족이 있다는 이유로 거절했다. A씨를 대면 진료한 전문의가 정신보건법 제25조에 의해 진단 및 보호 조치를 신청했으나 관할 보건소와 시청에서는 A씨에게 어머니와 동생이 있다는 이유로 시군구청장에 의한 입원을 해 줄 수 없다고 한다.

본 사례에서 교육의 초점은, 정신보건법 제22조에 의거하여, A씨의 어머니가 보호의무자 자격이 되지 않는다면 관할 시군구청장이 보호의무자가 되며, 정신과 의사가 이러한 법적 판단에 확신을 가지고, 좀 더 적극적으로 관할 보건소 및 시청에 협조를 요청할 것이 강조되었다. 이와 같은 교육 방향은 여러 모로 응급입원의 현실적 문제를 짚어내지 못한 면이 있다. 사례의 A씨가 응급하게 입원이 필요함에도 불구하고, 경찰과 관련 기관의 협조 부족으로 입원이 지연되었던 가장 큰 이유는 응급입원에 대한 법 절차가 모호하기 때문이다. 국내 법에서 정의하는 응급입원은 명목상 '응급'입원이지만, 보호의무자 동의입원, 시군구청장에 의한 입원과 같은 다른 형태의 입원이 여의치 않다고 판단되어야 가능한 것으로 해석될 여지가 있다. 이런 맥락에서 경찰과 관할 보건소와 시청은 보호의무자 입원의 가능성 여부를 따지며 입원신청의 책임을 미루었고, A씨 모가 아닌 다른 보호의무자를 찾아야 입원이 가능한 상황으로 흘러가며 입원이 지연된 것이다. 응급한 상황에 걸맞게 현실에서 법이 적용되기 어려운 점이 있음에도 불구하고, 현행 법규를 그대로 교육하고, 정신보건 종사자가 관련 기관의 협조를 좀 더 적극 요청하라는 결론은 현실에서 비슷한 사례를 개선하는 데 한계가 있다. 자타해 위험성이 크고, 급박한 상황에서는 보호의무자의 자격요건에 무관하게 응급입원이나 행정입원이 신속히 이루어질 수 있게끔 현행법 조항에 대한 보완이 먼저 필요한 사례라고 생각된다.

고 찰

본 연구는 현행 정신보건분야 인권교육에 대한 인식을 알아보기 위해 2015년 대한신경정신의학회 춘계학술대회에 참가한 정신과 의사를 대상으로 설문조사를 시행하였다. 응답자의 대다수는 인권교육의 기본적인 취지와 필요성에 대해

공감하는 것으로 나타났다(불필요, 4.1%). 그러나 교육의 시행 빈도나 방법 등의 구체적인 사안에서 이견을 보였다. 교육 빈도가 변경되길 원하는 비율이 전체 응답자의 절반 가량(49.4%)이었고, 현행대로 매년 4시간의 교육을 받는 것에 동의하는 비율(28.5%)은 상대적으로 적었다. 인권교육을 전문의가 되기 전 수련과정에 포함시키자는 의견(18.0%)도 적지 않았다.

인권교육을 온라인으로 대체하는 것에 응답자 대부분(85.0%)이 찬성하여, 교육의 편의성에 대한 교육대상자의 바람이 반영된 것으로 보인다. 실제 온라인 교육은 인원 제한이 없고, 비용의 경제성이나 표준화된 서비스 제공 면에서 장점이 있다. 아직까지 정신보건 분야의 경우, 사회복귀시설 종사자 대상 인권교육만이 온라인을 통한 공식이수가 가능하다. 국가인권위원회 홈페이지에도 성차별, 군대인권, 이주민 인권 등 다른 분야에 대한 온라인 교육 과정이 이미 제공되는 점을 고려하면, 인권교육에서도 온라인 교육과 같은 교육 경로의 다양성을 보장하는 방향으로 나가는 것이 좋겠다.

인권교육 유경험자(86.1%)에게 인권교육에 대한 전반적인 만족도를 물었을 때, 만족, 보통, 불만족의 비율은 대략 20%, 40%, 40%로 나타났다. 보통을 온건한 만족으로 해석하더라도 불만족의 비율이 상당했다. 응답자의 절반 이상(55.7%)에서 인권교육이 실제 환자의 인권보호 및 침해예방에 별로 도움이 되지 않는다고 답했다. 종합하면, 본 설문에서 응답한 정신과 의사는 전반적으로 인권교육의 기본 취지에 공감하지만, 현재 시행되는 인권교육의 빈도, 내용 및 방법 등 세부 사항에 있어서는 부정적인 의견이 많았으며, 전반적인 만족도 또한 그리 높지 않음을 확인할 수 있었다.

교육이 본래의 좋은 취지에도 불구하고 교육대상자의 기대에 그만큼 부응하지 못하는 원인은 무엇일까. 이에 대한 단서를 저자는 참여형 교육에 사용된 교육자료를 통해 찾고자 하였다. 토론 사례에서 드러난 교육 내용의 문제점은 크게 두 가지로 나뉜다. 첫 번째 문제는 인권교육을 표방하지만 실제 교육 내용은 정신과 입원 관련 법적 절차와 규정 강의에 지나지 않는다는 점이다. 저자가 검토한 토론 사례 12개가 모두 정신과의 입원 절차에 관한 법규와 처벌 규정을 다루고 있었다. 그중 자의입원, 보호의무자 동의 입원, 격리 강박은 2개년에 걸쳐 같은 주제가 반복되었고, 세부 내용에서도 크게 다른 점이 없었다. 법이 개정되지 않는 한, 교육 내용은 앞으로도 큰 틀에서 비슷할 수 밖에 없다. 매년 막대한 비용과 시간을 들여서 비슷한 내용을 반복하는 교육에서 의미를 찾기란 어려운 일이다.

두 번째 문제는 법의 해석이 모호하고, 입법 미비가 시사되는 사례에서도 현행법을 피상적인 수준에서 바라보고, 형식적 내용만을 강조하는 교육이 시행되는 점이다. 인권교육에

서 정신과적 입퇴원 결정시 인권침해를 방지하기 위해 법적 주의를 요하는 내용이 포함될 수는 있겠다. 그러나 인권정신에 비추어 볼 때 법적 보완이 필요한 부분에서조차 현행법의 기준에 맞지 않다고 인권침해인 것처럼 간주하고, 오해될 소지가 있는 내용을 교육자료로 사용하는 것은 부적절하다. 실제로 해당 사례들은 병원이나 보호자의 법적 요건이나 절차적 문제를 제외하고, 실질적 인권침해가 확인되지 않았음에도, 인권문제 사례로 제시되고 있다. 인권은 법에 우선하는 기본권이다. 현행법에서 미비나 보완이 필요한 지점을 발견하고, 개정방향을 설정하는 데 준거가 되는 상위개념이 인권인 것이다. 법적 미비를 인권문제와 혼동하여 다루고, 경직된 법 적용을 강조하는 교육방향은 인권교육의 본래 취지에서 벗어나 있다.

다음에는 앞에 제시한 사례들을 관련 자료와 더불어 좀 더 자세히 고찰하고자 한다.

사례 1과 2는 자의입원 관련 내용이다. 먼저 사례 1은 엄밀히 말해, 병원이 자의입원 관련 법을 잘 따랐기 때문에 생긴 문제이다. 환자가 술에서 깨어나길 기다린 뒤에 퇴원시키지 않았다는 이유로 병원 측의 인권의식이 부족했다고 보기는 어렵다. 국내 법은 자의입원에서 환자의 퇴원 요구가 받아들여지지 않으면 인권침해가 되는 상황에만 초점을 맞춘 나머지, 퇴원 요구가 있다면 지체 없이 퇴원시키고, 병원이 이를 어길 때의 처벌 규정을 별도로 두고 있다. 그러나 정신과 환자의 상태는 치료 도중 얼마든지 변할 수 있고, 경우에 따라 퇴원이 환자의 인권에 반하는 결정이 되기도 한다. 그런 경우라면, 자의입원이라 하더라도 적어도 일정기간 퇴원을 유보하거나 비자의 입원으로의 전환이 필요할 수 있다.

서구 선진국의 입법 사례에서도 이 점을 확인할 수 있다. 뉴욕 주는 자의입원 환자의 퇴원신청이라도 치료가 필요한 합당한 근거가 있다면, 최대 72시간의 퇴원 유보기간을 두고, 기간 내에 환자를 퇴원시키거나, 대법원 또는 관할 법정에 비자의적 치료명령을 신청하도록 하고 있다.⁷⁾ 캐나다 온타리오 주는 자의입원 환자의 퇴원신청이 비치료적일 때는 담당 의사가 환자의 입원형태를 재평가하여 비자의 입원 적응증에 해당하는지 확인하도록 한다. 또한, 뉴욕 주와 캐나다 온타리오 주의 경우, 비자의로 입원했다더라도 치료에 따라 환자 상태가 호전되어 비자의 입원 적응증에 더 이상 해당하지 않으면 역으로 자의입원으로 전환 가능한 제도적 장치도 마련되어 있다. 이는 환자의 자발적인 입원 의사를 최대한 존중하면서, 동시에 입원 경과나 치료에 따라서 환자의 상태가 얼마든지 바뀔 수 있는 점을 염두에 둔 것이다.⁸⁾

국내 법에도 2000년 법률 제6152호로 개정 전까지 자의입원한 환자가 퇴원신청을 하더라도 정신과 전문의가 계속 입

원이 필요하다고 진단하면 퇴원을 중지하고 72시간 내에 입원조치를 할 수 있는 퇴원중지제도가 있었으나, 인권침해 소지가 있다는 이유로 폐지되었다.⁹⁾ 그러나 제도의 폐지가 자의입원의 활성화를 되려 저해하는 결과를 초래한 측면이 있다. 사례 1이 대표적인 예가 되겠다. 자타해 위험이 있는 환자라도, 환자가 원하면 원칙적으로 병원에서 환자의 퇴원을 막을 방법은 없고, 보호자는 위험한 상태에서 환자를 퇴원시킨 병원을 원망한다. 추후 보호자나 병원은, 자의입원은 치료 목적을 달성 못해도 언제든지 퇴원 가능하다고 생각하거나, 퇴원 후에 생길 문제를 우려하여, 자의입원 자체를 꺼릴 가능성이 있다.⁹⁾ 결론적으로, 사례 1은 인권침해 사례이기 보다는, 현행 자의입원 제도의 경직된 운용상의 문제점과 향후 제도 보완의 필요성을 시사하는 사례라고 할 수 있다.

사례 2는 입원 의사를 밝힌 환자를 보호자 동의로 입원 형식을 변경시킨 점을 문제삼고 있다. 사례에서는 환자의 기본적인 임상 정보나 상황을 전혀 설명하지 않고, 단지 환자가 음주 상태인 점만 밝히고 있다. 환자가 언제라도 입원의사를 밝힌다면, 자발적 입원이 원칙임을 강조하려는 의도로 생각된다. 그러나 단순히 환자의 입원의사 유무만을 가지고, 자의입원을 결정하기엔 무리가 따른다. 김영란 전 대법관은 그의 저서에서 환자가 치료에 관해 스스로 결정하기 위해서는 의사결정 능력이 있고, 의학정보를 충분히 이해해야 하며, 진지한 의사에 기초해야 한다는 점을 밝힌 바 있다.¹⁰⁾ 정신과 환자의 경우, 정신 증상으로 인해 현실 검증력이나 판단력에 지장이 오는 경우가 많다. 의사결정 능력이 불완전한 환자가 밝힌 입원의사를 어디까지 진지하게 보고 존중할지는 단순한 문제가 아니다.

환자가 스스로 입원을 결정 가능한지를 평가하는 절차를 따로 두는 경우를 서구의 입법례에서도 확인 가능하다. 캐나다 온타리오 주는 Health Care Consent Act라는 별도의 법령을 통해 치료나 입원에 대한 결정 능력(capacity)의 유무를 판단하고, 환자에게 결정 능력이 없다면 의사결정 대리인이 결정을 대신 내리도록 한다. 판단 기준은 첫째, 치료 결정과 관련된 정보를 이해할 수 있는지, 둘째, 치료결정으로 초래되는 예측 가능한 결과를 평가할 수 있는지로, 두 가지 모두 충족해야 의사결정 능력이 있다고 간주한다.⁸⁾ 뉴욕 주는 자의입원을 신청한 환자가 자의입원에 적합한지를 평가하도록 한다. 평가 기준은 환자가 자신이 정신질환자를 위한 병원에 입원하고, 스스로 입원을 신청한다는 사실, 자의입원에서 비자의 입원으로 전환이 가능한 점의 세 가지 항목을 제대로 이해 가능한지 여부로 판단한다.⁷⁾ 두 법령 모두에서 환자의 상태와 입원의사를 지속적으로 평가하여, 평가 시점에서 환자에게 가장 적합한 형태의 입원이 적용되게끔 입원 형식

을 전환하는 적절한 절차가 마련되어 있다.

국내 법에는 자의입원에 앞서 환자의 의사결정 능력이나 적합성에 대한 구체적 언급이 부재한 실정이다. 법 조문에 명시되진 않았으나, 임상이가 환자의 입원과정에 대한 이해와 동의 능력을 고려하여 직관적으로 환자에게 가장 적합한 입원 형태를 적용해 왔을 가능성이 높다. 그런 관점에서, 사례 2에서 환자 상태나 전후 상황에 대한 정보 없이, 환자가 원하는 대로 자의입원이 되지 않았다는 이유만으로, 단순히 인권침해로 결론지을 수 없다. 사례 2는 인권침해 사례이기보다 자의입원의 적합성을 평가하는 법적 절차와 같은 제도의 보완점이 시사되는 사례로 보는 것이 합당하다.

사례 3은 법에 규정된 보호의무자 자격요건이 충족되지 않은 상태로 보호의무자 동의 입원을 시킨 경우이다. 현행법에서 간과되는 예외 상황으로는, 1) 적법한 보호의무자가 고령, 질병, 군대, 해외체류 등 피치 못할 이유로 입원이 필요한 시점에 내원하기 어렵거나, 2) 생계를 함께 하지 않는 형제자매나 친족이지만, 선한 의도로 보호자 역할을 맡아 입원을 신청하는 경우가 가능하다. 위 사례는 두 가지 예외를 동시에 제시하고 있으며, 법규에 맞지 않는다는 이유로 인권침해로 쉽게 단정짓기 어려운 복잡한 현실을 반영한다.

역사적으로 국내 보호의무자 동의입원은 상당 부분 일본의 법을 참조한 것이다. 일본의 정신질환자에 관한 최초의 법인 정신병자감호법(1900년)에서는 정신질환자의 후견인, 친권자, 호주, 4촌 이내 친족 중에서 친족회가 선임하는 자를 ‘감호의무자’로 정하였다. 감호의무의 주된 내용은 정신질환자에 대한 감치(監置)권으로, 당시 법은 정신질환자에 대한 치료보다 사회방위적 성격이 강했다. 이후 정신위생법(1950년), 정신보건법(1987년)을 거치면서 감호의무자는 보호의무자로 계승되었고, 정신보건복지법(1993년) 개정으로 보호의무자가 보호자로 개칭되었다. 보호자는 더 이상 감치권을 보유하지 않지만, 의료보호입원에 대한 동의권을 가지게 되었다. 우리나라는 1987년의 일본법에 기초하여 정신보건법의 입법안을 구상하였고, 1995년 12월에 첫 정신보건법이 제정되었다.^{9,11)}

World Health Organization은 국내 정신보건법에 관해, 보호의무자가 비자의 입원 과정에서 중요한 역할을 한다는 점을 들어 개인의 자유가 강하게 보호되는 서구 국가들과 대조된다고 밝힌 바 있다.¹²⁾ 서구에서 비자의 입원의 신청권자는 가족 구성원부터 가까운 친족, 후견인, 정신과 전문의와 일반의를 포함한 보건의료종사자, 지정된 사회복지사 등에 이르기까지 범위가 다양하며, 가족이 입원신청 과정에 전혀 관여하지 않는 나라도 있다.¹³⁾ 국제적으로, 입원 과정에서 발생 가능한 인권침해를 예방하기 위한 방법으로 입원 필요

성의 평가 및 결정권자를 다중으로 두는 것이 효과적이라는 시각이 일반적이다. MI 원칙(Principles for the protection of persons with Mental illness and the improvement of mental health care)에서는 비자의 입원에서 가능하면 독립적인 두 명이 입원 필요성을 평가하도록 권고하였다.¹⁴⁾ 실제로 영국, 이탈리아 등 대부분의 EU 국가에서 비자의 입원 필요성의 평가자(의료인 또는 정신과 전문의)를 한 명이 아닌 다수로 두고 있다.¹³⁾

우리나라는 보호의무자 동의입원에서 보호의무자 2인의 동의를 받게끔 입원 기준을 강화하였는데, 입원 신청권자를 다수로 하는 이러한 개정은 국제적인 기준에도 맞지 않을 뿐만 아니라 인권침해 예방에 도움된다는 근거가 부족하다. 개정 목적과 달리, 절차의 까다로움과 보호자의 번거로움만 초래했다는 평가도 있다. 보호의무자 2인 동의라는 입원신청권자의 요건을 현실화하되, 서구와 같이 독립된 심사기관을 두어 입원 필요성과 적법 절차성을 엄격히 평가하자는 대안도 제기되는 실정이다.

결국, 국내 보호의무자 동의입원 제도의 보호의무자 자격 요건과 2인 기준은 국내의 고유한 문화적, 법적 배경과 국내 의료환경의 종합적 결과물로서 현재 시점에 시행되고 있는 제도로서, 현행법이 이상적이거나 절대적인 기준으로 생각될 수는 없다. 인권침해를 최소화하는 방향으로 제도가 구현될 수 있도록 꾸준한 보완이 필요하다. 사례 3은 국내 보호의무자 동의입원의 한계점을 시사하고 있으며, 법에서 정하는 절차나 요건에 맞지 않다고 이를 인권침해로 규정하는 현행 인권교육은 지나치게 피상적인 교육방식을 택하고 있다고 본다.

지금까지 교육사례에서 드러난 인권교육의 내용을 검토해 보았다. 적절치 못한 사례교육은 공통적으로 현행 법령의 내용 전달에 비중을 둔 나머지, 현실의 문제와 인권문제의 본질을 짚어내지 못하였고, 인권침해의 원인을 인권지식의 문제로 환원하는 오류를 범하였다. 법과 제도적 보완이 필요한 구조적 문제는 그대로 두고, 관계자의 인식개선만 요구하는 식의 교육이 되어서는 현실에서 유의미한 변화를 기대하기 힘들다. 문제 사례들이 현행 법령의 미비로 야기되는 현실적 문제점을 생각하고 토론하는 계기를 제공할 수도 있다는 반론이 제기될 수 있겠다. 그렇더라도, 강사나 피교육자의 지식과 이해수준에 따라 제작의도와 다르게 전달될 소지가 다분하여, 교육현장에 오히려 혼란을 야기할 수 있다는 점은 여전하다. 또한, 법이 개정되지 않는 한 현행 법령과 처벌규정의 주요 내용은 반복될 수밖에 없다. 비슷한 내용을 단지 법정 의무교육이기 때문에 매년 시행한다면 사회비용적 손실 대비 교육효과가 얼마나 될지는 의문스럽다.

결국, 현행 인권교육이 인권침해 예방에 유익하려면 교육의 방식과 내용, 교육주체 등 다각도에서 점검과 개선이 필요하다. 현행 인권교육은 교육대상자의 직종과 근무기관, 지역 등의 다양한 요인에 따라 경험하는 인권문제와 인권의식 수준이 상이함을 반영하지 못하고, 획일적인 교육을 하고 있다. 특히 정신과 전문의가 매년 인권교육을 받는 역설적 상황을 언급하지 아니할 수 없다. 인권의식과 인권감수성은 인간을 존중하는 개인의 심성과 태도라는 기본 바탕에서 형성된다. 정신치료를 비롯하여, 인간에 대한 깊이 있는 고민과 이해하는 자질을 갖추도록 하는 정신과 수련 과정이야말로 인권감수성에 맞닿아 있다고 본다. 다년간의 정신과 수련을 거쳐 환자를 있는 그대로의 인격체로 존중하고, 질환에도 불구하고 인간적인 삶을 영위하게끔 치료하는 일을 업으로 삼는 정신과 전문의에게 현행 인권교육은, 법관에게 매년 준법정신을 강조하는 교육을 시행하는 상황에 비견될 법하다. 정신과 영역에서 일부 인권침해 사례가 발생된다고 하여, 정신과 전문의를 비롯한 모든 정신보건 종사자에게 획일적인 교육을 시행하는 것이 바람직한지는 생각해 볼 문제이다.

정신보건 인권교육의 교육대상자야말로 인권문제를 몸소 경험하고, 사회적 논의의 단초를 제공 가능한 중심축이다. 그중에서도 특히 정신과 전문의는 획일적 교육의 교육대상자로 머물 것이 아니라, 교육의 제공자 역할과 나아가 국내 인권문제와 정신보건 영역의 이슈들에서 전문가적 리더십을 발휘하는 역할을 담당해야 한다. 현행 인권교육 또한 의무교육의 일환으로 획일적, 형식적인 모습을 벗고 발전적 논의의 장으로써 기능할 수 있다면, 정신보건 분야에 실질적 인권신장을 견인하는 역할을 하리라 생각된다.

본 연구의 제한점은 설문대상의 대표성이다. 응답자의 과반수가 종합병원 소속이었고, 연령별로 30대의 젊은 정신과 의사가 가장 많았다. 정신과 의사에는 전공의와 전문의를 모두 포함시켰다. 전문의에게 매년 인권교육을 시행하는 것에 대해 동의하지 않는다는 응답 비율이 전문의에서 전공의에 비해 유의한 수준으로 더 높았다. 그러나 나머지 문항에서 전문의와 전공의 여부에 따른 응답결과의 유의한 차이는 확인되지 않았다. 서울 소재 학회장을 방문한 사람으로 응답자를 한정된 것도 본 연구의 결과를 모든 정신과 의사의 의견으로 일반화하기 어려운 이유이다. 그러나 응답자의 대부분이 인권교육 유경험자인 점, 다양한 연령대의 응답자가 포함된 점 등은 본 연구의 장점이겠다. 둘째, 현장 설문인 점을 고려해 설문 문항을 간단하게 구성한 점이다. 전반적인 교육에 대한 인식과 만족도는 알 수 있었으나, 불만족의 세부적인 원인을 파악하는 데 한계가 있었다. 교육 주최기관이나 강사의 다양한 측면, 강의방식의 차이와 같은 응답자가 경험

한 교육의 세부내용에 따른 변인을 모두 고려하지는 못하였다. 그러나 본 연구는 설문조사를 통한 기술적 연구로서, 현행 인권교육에 대한 정신과 의사들의 관점을 개략적으로 파악하려는 연구 본래의 목적은 무리 없이 달성하였다고 본다. 후속 연구에서는 교육대상자의 특성뿐만 아니라, 교육 주최 기관, 강사의 자격과 역량 문제, 교육의 전달방식 등 교육제공 면의 다양한 층위에서 세분화된 의견 수렴이 필요하다고 생각된다. 이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 정신보건분야의 전문가인 정신과 의사를 대상으로 매년 반복적으로 시행되는 인권교육에 대한 인식과 만족도를 확인한 최초의 연구로서, 진료현장의 현실적 측면을 간과하고, 법률의 표면적인 해석에 치중된 일부 부적절한 교육사례의 문제를 구체적으로 제시하였다. 제도의 본래 취지에 맞지 않는 교육내용을 통해 현행 교육의 문제점의 일면을 들여다볼 계기를 제공한 점에서 본 연구의 의미가 있겠다. 본 연구가 우리나라 정신보건 인권교육의 현실과 필요성을 되돌아보고, 향후 적절한 운용과 개선을 위한 시작점이 되기를 기대한다.

결 론

정신보건 인권교육이 매년 시행되고 있지만 교육대상자, 특히, 정신과 의사에게 유익하고 만족스러운 교육 경험을 제공하기보다는, 법률 규정에 대한 피상적인 지식 전달의 수준에 머무르고 있다. 정신과 전문의에게 인권교육이 필요한지에 대한 근본적 검토와 함께 인권교육의 구체적인 시행 방법 및 교육내용에 대한 개선이 이루어져야 할 것으로 생각된다.

중심 단어 : 인권교육 · 정신과 의사 · 국가인권위원회 · 정신보건법.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) General Assembly Resolution of United Nations 2856. Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons;1971 [cited 2016 Mar 1]. Available from: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightsOfMentallyRetardedPersons.aspx>.
- 2) General Assembly Resolution of United Nations 66/137. United Nations Declaration on Human Rights Education and Training [cited 2016 Mar 1]. Available from: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Pages/UNDHREducationTraining.aspx>.
- 3) Law.go.kr [homepage on the Internet]. Korean Mental Health Act [cited 2016 Mar 1]. Available from: <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=171023&efYd=20151119#0000;2008>.
- 4) Ministry of Health and Welfare. 2015 Human rights education guideline. Sejong: Ministry of Health and Welfare;2015.
- 5) National Human Rights Commission of the Republic of Korea. From human to human: human rights education for mental health worker 2014. Seoul: National Human Rights Commission of the Republic of Korea;2014.
- 6) National Human Rights Commission of the Republic of Korea. Human rights education center-smart learning service [cited 2015 Jun 4]. Available from: https://edu.humanrights.go.kr/solution/home/article/articleView.do?gmenu=2&rmenu=04&cmenu=0401&article_no=571&bbs_no=7.
- 7) New York State Legislature. Mental Hygiene Law Article 9-Hospitalization of the mentally ill [cited 2016 Mar 1]. Available from: <http://public.leginfo.state.ny.us/navigate.cgi?NVMUO>.
- 8) Ontario Hospital Association. A practical guide to mental health and the law in Ontario. Toronto: Ontario Hospital Association;2012.
- 9) Suh TW. Mental Health Policy and Law in Korea. Health Welf Policy Forum 2007;123:42-56.
- 10) Kim YR. Reconsider the judgements: ten most disputed issues in Korean supreme court. Seoul: Changbi;2015. p.35-37.
- 11) Baek SH. Institution of Protector in Japan, and the Supervisor's Liability for the People with Mental Disorder in Civil Law-Focusing on the Changes of the Mental Health and Welfare Law in Japan. J Prop Law 2015;31:283-307.
- 12) World Health Organization. Mental Health Legislation & Human Rights [cited 2016 Mar 1]. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/services/7_legislation%20HR_WEB_07.pdf.
- 13) Zhang S, Mellsop G, Brink J, Wang X. Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. Neurosci Bull 2015;31: 99-112.
- 14) General Assembly Resolution of United Nation 46/119. Principles for the protection of persons with Mental illness and the improvement of mental health care [cited 2016 Mar 1]. Available from: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>.

■ 부 록 ■

설문 문항

1. 정신과 전문의가 매년 4시간의 인권교육을 받는 것에 동의하십니까?
ㄱ. 동의한다. ㄴ. 동의하지 않는다.
- 1-1. 동의하지 않는다면 그 이유는?
ㄱ. 전문의에게 인권교육은 불필요하다.
ㄴ. 필요성은 인정하나 빈도를 2년에 1번 정도로 바꿨으면 한다.
ㄷ. 필요성은 인정하나 빈도를 3년에 1번 정도로 바꿨으면 한다.
ㄹ. 필요성은 인정하나 빈도를 5년에 1번 정도로 바꿨으면 한다.
ㅁ. 필요성은 인정하나 레지던트 수련 과정에 포함시켰으면 한다.
2. 인권교육을 온라인으로 대체하는 것에 대한 생각은?
ㄱ. 찬성한다. ㄴ. 반대한다.
3. 인권교육을 받아보신 경험이 있습니까?
ㄱ. 있다. ㄴ. 없다.
4. 지금까지 인권교육을 받은 횟수는?
ㄱ. 1회 ㄴ. 2회 ㄷ. 3회 ㄹ. 4회 ㅁ. 5회 이상
5. 인권교육에 대한 전반적인 만족도는?
ㄱ. 매우 만족 ㄴ. 대체로 만족 ㄷ. 보통 ㄹ. 대체로 불만족 ㅁ. 매우 불만족
6. 인권교육을 통해 정신과 입원관련 법적 절차를 새롭게 알게 되었습니까?
ㄱ. 대부분 처음 접하는 내용이다.
ㄴ. 대부분 원래 알던 내용이고 일부 새로운 내용이 있다.
ㄷ. 새로운 내용은 거의 없다.
7. 인권교육이 실제로 환자의 인권보호와 인권침해 예방에 도움이 된다고 생각하십니까?
ㄱ. 도움이 많이 된다.
ㄴ. 별로 도움이 되지 않는다.