



올해는 세계인권선언 60주년,
인권은 인류의 소중한 약속입니다.

<부 록>

정신장애인 인권실태와 개선방안

— 자유발언 및 토론내용 —

- 일시: 2008년 9월 3일(수) 오후 2:00 - 6:00
- 장소: 프레스센터 20층 국제회의장

초대 의 글

국가인권위원회는 『정신장애인 인권실태와 개선방안』이라는 주제로 오는 9월 3일 토론회를 개최합니다.

지금까지 정신장애인들이 처한 상황을 보면, 정신장애인에 대한 광범위한 차별로 스스로 자신의 목소리를 내지 못할 뿐만 아니라 다른 집단에 비해 인권침해를 받을 가능성이 매우 높습니다. 또한 자신의 의사와는 관계없이 강제 입원되거나 필요 이상으로 장기간 입원되고 있습니다. 왜냐하면 그동안 우리나라는 치료를 통해 정신장애인을 사회 속에 함께 살아가게 하기 보다는 병상을 더 지어 격리시키는 방향으로 정책을 진행시켜 왔기 때문입니다.

이러한 정신장애인에 대한 낙인, 차별 배제, 인권침해 등으로부터 정신장애인을 구제하고 예방하기 위하여 법과 제도는 물론, 정신보건 서비스의 개선이 시급하며, 이를 통해 정신장애인들이 보다 나은 치료를 받고 사회로 복귀하도록 하는 것이 매우 필요합니다.

이에 국가인권위원회에서는 작년 연말부터 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서 사업을 진행하고 있습니다. 국가보고서는 정신장애인의 인권보호에 대하여 종합적이고 체계적인 인권실태를 조사하고, 그 보호 및 증진방안을 모색하기 위한 것입니다. 호주와 미국의 경우에도 정신장애인의 인권에 관한 국가보고서를 작성하여 국가적인 차원에서 정신장애인에 대한 편견과 차별을 해소하고, 인권을 증진시킨 선례가 있습니다.

이런 점에서 국가인권위원회가 주최하는 「정신장애인 인권」 관련 토론회는 정신장애인 당사자와 가족, 이해관계인의 의견을 현장에서 수렴하고 그것을 국가보고서에 반영한다는 점에서 매우 의미 있는 일이라 하겠습니다. 『정신장애인 인권 보호와 증진을 위한 정신보건 패러다임의 변화』 라는 제목으로 진행된 1차 토론회가 국내 정신보건의 문제점과 국가보고서 사업 추진의 필요성을 국제적 기준에 비추어 강조한 것이라면, 이번 2차 토론회는 실제 정신보건 현장에 몸담고 있는 전문가들을 중심으로 『정신장애인의 인권실태와 개선방안』 에 대해 보다 현실적이고 구체적인 논의를 이끌어 나가는 자리라고 하겠습니다.

따라서 이번에 개최하는 토론회는 정신장애인 당사자, 가족, 관련 기관 종사자들이 경험했던 고충이나 차별, 편견 그리고 극복사례에 대해 자유롭게 발언하는 「1부 행사」와 ‘강제 및 장기입원 문제 그리고 지역사회 보호’를 중심으로 관련 전문가들이 자유롭게 토론하는 「2부 행사」로 구성되었으며, 그 결과는 국가보고서에도 반영될 예정입니다.

우리 위원회는 이번 토론회를 통해 정신장애인의 인권실태와 개선방안에 대하여 진솔하게 대화하고 논의함으로써 정신장애인에 대한 보다 나은 치료, 그리고 인권친화적인 입법·제도 및 관행의 개선이 이루어지는 계기가 되기를 바랍니다.

바쁘시더라도 우리의 관심사항이 함께 논의되는 자리가 될 수 있도록 많은 참여를 부탁드립니다.

2008년 9월 3일

국가인권위원회 위원장 안 경 환

정신장애인 인권실태와 개선방안

- 일시: 2008년 9월 3일(수) 오후 2:00 - 6:00
- 장소: 프레스센터 20층 국제회의장

구분	시간	내용
인사말	14:00-14:10(10')	안경환 (국가인권위원회 위원장)
<제1부> 자유발언 “정신장애인 인권을 말하다”		
사회자		김철준 (국가인권위원회 사무총장)
발언 1	14:15-14:30(15')	격리·강박, 통신제한 등 병원에서의 경험 한성철 (‘다함께참여하는정신병원인권모임’ 회장)
발언 2	14:30-14:45(15')	입·퇴원 과정과 사회복지시설 이용 경험 이성재 (‘태화샘솟는집’ 회원)
발언 3	14:45-15:00(15')	지역사회에서의 차별·편견과 자조모임 운영 사례 최광명 (자조모임 ‘같이가는길’ 회장)
발언 4	15:00-15:15(15')	정신장애인 가족이 겪는 고충과 장애극복 사례 조성금 (‘서울정신보건가족협회’ 재활복지이사)
발언 5	15:15-15:30(15')	현장에서 경험한 인권침해 유형과 그룹홈 운영 경험 최동표 (‘한마음공동체’ 원장)
발언 6	15:30-15:40(10')	현장 인터뷰 “정신장애인 인권을 말하다” 상영
	15:40-16:00	휴 식
<제2부> 토 론 “정신장애인 인권, 이대로 좋은가” - 강제·장기입원 문제, 지역사회 보호를 중심으로 -		
사회자		이영문 (아주대학교 인문사회학과 교수)
토론 1	16:00-18:00(120')	김영학 (한국정신장애인협회 대구지부회장)
토론 2		문용훈 (한국사회복지시설협회 부회장)
토론 3		사승언 (대한신경정신의학회 법사위원)
토론 4		서덕용 (대한정신병원협의회 부회장)
토론 5		이명수 (서울정신보건센터장)
토론 6		하정섭 (한국정신요양협회 회장)

목 차

사회자 인사말 및 토론회 개요 소개 1

<제1부> 자유발언

“정신장애인 인권을 말하다” 7

<제2부> 토 론

“정신장애인 인권, 이대로 좋은가”
- 강제·장기입원 문제, 지역사회 보호를 중심으로 45



사회자 인사말 및 토론회 개요 소개

National Human Rights
Commission of Korea

National Human Rights Commission of Korea



□ □ 사회자 인사말 및 토론회 개요 소개 □ □

- 조형석: 안녕하세요? 저는 국가인권위원회 장애차별팀장 조형석이라고 합니다. 우선 바쁘신 와중에도 저희 토론회에 참석해 주신 여러분께 진심으로 감사의 말씀 드립니다. 이번 토론회가 정신장애인의 인권 증진을 위한 소중한 초석이 되기를 기원하면서 이번 토론회 일정을 간단히 소개해 드리겠습니다.

이번 토론회는 1부와 2부 행사로 나누어져 있습니다. 우선 1부 행사에서는 ‘정신장애인 인권을 말하다’라는 제목으로 정신장애인 당사자를 비롯한 가족, 실무자 등이 일상생활에서 경험한 이야기들을 전해 드리는 자리가 될 것입니다. 다음으로 2부 행사에서는 ‘강제입원 및 장기입원의 문제와 지역사회 보호’라는 주제로 정신장애인 인권실태 및 보호방안에 대해서 논의하는 자리가 될 예정입니다. 1부 자유발언대 사회는 국가인권위원회 김칠준 사무총장님께서 맡아주실 예정이며, 2부 토론회는 아주대학교 인문사회이학과 이영문 교수님께서 맡아주실 예정입니다. 토론회 개최에 앞서서 국가인권위원회 안경환 위원장님의 인사말씀을 듣도록 하겠습니다.

□ □ 인사말 □ □

안 경 환(국가인권위원회 위원장)

- 안경환: 여러분, 반갑습니다. 그리고 진심으로 감사드립니다. 오늘 이 토론회는 저희 국가인권위원회가 정신장애인 인권 국가보고서를 만드는 작업의 일환으로 개최한 것입니다. 지난 5월에 이미 1차 토론회를 열었고, 그 자리에서 많은 논의가 있었습니다. 그리고 그 논의에 이어 오늘 두 번째 토론회를 갖게 되었습니다. 지금까지 우리나라의 인권상황은 전반적으로 많이 개선되었지만 그럼에도 여전히 뒤쳐지는 부분 중 하나가 정신장애인의 인권상황이 아닐까 합니다. 특히 정신장애인에 대한 광범위한 차별은 스스로 자신의 목소리를 내기 힘든 당

사자의 특성과 여러 가지 사회적인 편견과 제도에서 비롯되고 있습니다.

더불어 정신장애인은 자신의 의사와는 관계없이 강제입원되거나 필요 이상으로 장기간 입원되고 있는 실정입니다. 기본적으로 우리나라는 그동안 정신장애인을 사회 속에 함께 살아가게 하는 정책보다 병상을 더 많이 지음으로써 사회와 격리시키는 방향으로 정책을 수행해 왔습니다. 이렇듯 정신장애인에 대한 각종 낙인과 차별, 배제, 인권침해 등으로부터 정신장애인을 구제하고 인권유린을 예방하기 위하여 국가제도는 물론 정신보건서비스의 개선이 시급하며 이를 통해 정신장애인들이 보다 나은 치료를 받고 사회에 복귀하도록 생각을 바꾸는 일이 대단히 중요합니다.

저희 국가인권위원회는 작년 연말부터 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서사업을 진행하고 있습니다. 이 국가보고서 사업은 정신장애인의 인권보호에 대하여 종합적이고도 체계적인 인권실태를 조사하고 그 보호 및 증진 방안을 모색하기 위한 것입니다. 호주와 미국의 경우에도 정신장애인 인권에 대한 국가보고서를 작성함으로써 국가적 차원에서 정신장애인에 대한 편견과 차별을 해소하고 인권을 증진시키는 데 획기적인 계기를 마련한 선례가 있습니다. 이와 같은 맥락에서 우리 국가인권위원회가 주최하는 정신장애인 인권 관련 토론회는 정신장애인 당사자와 가족, 이해관계인들의 의견을 현장에서 수렴하여 국가보고서에 반영한다는 점에서 매우 의미있는 일입니다.

지난 5월에 열린 1차 토론회가 국내 정신보건의 문제점과 국가보고서사업의 필요성을 국제적 기준에 비추어서 강조한 모임이었다면 이번 2차 토론회는 실제 정신보건 현장에 몸담고 있는 전문가들을 중심으로 ‘정신장애인의 인권실태와 개선방안’에 대해 보다 현실적이고도 구체적인 논의를 이끌어가기 위한 모임이라고 할 수 있습니다. 따라서 오늘 열리는 이 토론회는 정신장애인 당사자, 가족, 그리고 관련 기관 종사자들이 경험했던 ‘여러 가지 애로사항이나 차별, 편견 그리고 극복사례’에 대해서 자유롭게 발언하는 1부 행사와 ‘강제 및 장기입원 문제 그리고 지역사회 보호를 중심으로’ 관련 전문가들이 자유롭게 토론하는 2부 행사로 구성되었으며, 이 토론 결과는 국가보고서에

정리되어 반영될 것입니다.

아무쪼록 이번 토론회를 통해서 정신장애인의 인권실태와 개선방안에 대한 진솔하고도 솔직하고 따뜻한 대화와 논의가 진행되고, 이로 인해 정신장애인에 대한 보다 나은 치료, 그리고 인권친화적인 입법제도 및 관행의 개선이 이루어지는 계기가 되기를 바랍니다. 여러분 대단히 감사합니다.

- 조형석: 국가인권위원회 안경환 위원장님의 인사말씀이 있었습니다. 그럼 곧 토론회를 시작하겠습니다. 아까 말씀드렸듯이 1부 사회는 국가인권위원회 김철준 사무총장님께서 맡아주시겠습니다.



1부 자유발언대

“정신장애인의 인권을 말하다”

National Human Rights
Commission of Korea

National Human Rights Commission of Korea



□ 1부 자유발언대 □

“정신장애인 인권을 말하다”

- 김칠준: 안녕하세요. 제1부 자유발언대 시간의 사회를 맡은 국가인권위원회 사무총장 김칠준입니다. 1부 자유발언대 주제는 ‘정신장애인 인권을 말하다’라는 제목으로 잡았습니다. 아까 위원장님께서도 말씀하신 것처럼 우리가 정신장애인의 인권 현황을 개선하고 제도를 바꾸고 그리고 사회적 편견을 해소하기 위해서는 제일 먼저 우리 가까이 있는 정신장애인의 현황에 대해 낱낱하고 생생하게 알 필요가 있습니다. 하지만 그동안 우리는 이렇게 당연히 알아야 될 사실에 대해서 왠지 조금 꺼려한 것은 아닌가, 정말 본격적으로 이렇게 서로 알고 소통하는 시간들을 적극적으로 가지려고 했던 노력들이 과연 얼마나 있었는가를 되돌아보게 됩니다.

그래서 오늘 1부 시간에는 자유발언대를 통해 정신장애인 당사자, 시설에서 같이 일하시는 분들, 가족분들이 지금 시간 어떤 삶을 살아가고 있는지, 어떠한 인권 상황 속에 처해 있는지를 한번 생생하게 들어보고 공감하는 시간을 마련했습니다. 발언순서를 말씀드리면 이 자리에는 정신장애인 세 분, 가족 한 분, 그리고 정신보건관련실무자 한 분, 이렇게 해서 다섯 분의 생생한 목소리를 듣고 기타 정신장애인 당사자 및 실무자 열두 분의 현장인터뷰 영상을 상영하겠습니다.

첫 번째 발언순서입니다. 발언을 하시게 될 분은 한성철님인데 편의상 저희가 가명을 사용했습니다. 현재 ‘다함께참여하는정신병원인권모임’의 회장이시고, 격리/강박, 통신제한 등 병원에서의 여러 경험을 말씀드릴 예정입니다. 다만 이 첫 번째 발언순서는 저희가 여러 사정상 영상을 촬영을 해서 영상물로서 여러분께 전달하는 시간을 갖도록 했습니다. 그러면 여러분, 함께 ‘다함께참여하는정신병원인권모임’의 회장이신 한성철님의 여러 이야기를 같이 들어보는 시간을 먼저 갖겠습니다.

□ 자유발언 1 □

영상상영

한 성 철 (다함께참여하는정신병원인권모임 회장)

- 인권위: 안녕하세요. 이번에 저희 인권위원회에서 주최하는 토론회 자유발언대에 참석해 주셔서 정말 감사합니다. 간단하게 선생님 소개 좀 먼저 부탁드립니다.
- 한성철: 저는 경북 영천에 거주하는 사람으로서 나이는 40대 초반이고 현재 ‘다함께참여하는정신병원인권모임’ 즉 다정인카페를 운영하고 있는 사람입니다.
- 인권위: 아, 그러시군요. 선생님도 정신장애인 당사자로서 저희 인권위원회에 하고 싶은 말이 많이 있으시다고 들었습니다. 우선 선생님도 입원하신 경험이 있으시죠?
- 한성철: 네.
- 인권위: 그럼 입원해서부터 퇴원까지의 과정에 대해서 간단하게 설명을 좀 해주시겠어요?
- 한성철: 제가 1994년도 3월달에 모 정신병원에 입원하게 되었습니다. 입원하게 된 동기는 군대를 제대하고 실업자로서 상당히 오랜 세월을 보냈기 때문에 스트레스를 많이 받아서 수면장애도 좀 있었고, 또 정신도 좀 불안해서 제가 집에 저 혼자 모친 하고 단칸방에 살기가 좀 힘들었고, 또 생활 여건상 주위 환경이 안 돼서 제가 정신과 치료를 받으려고 생각을 했고, 또 의사한테 입원해 달라고 해서 입원하게 되었습니다.

- 인권위: 입원은 어느 정도나 하셨어요?

- 한성철: 입원은 약 한 달 동안 했습니다. 처음에 제가 자발적으로 입원을 하기는 했는데 중간에 제가 인권침해 문제로 며칠 후에 퇴원을 하고 싶었지만 그 당시에는 정신보호법 제정이 되지 않아서 자발적으로 입원했다고 하더라도 본인의 의사에 의해서 퇴원할 수 없었고 부모의 동의, 보호의무자의 동의가 있어야지만 퇴원할 수 있었던 시기였기 때문에 한 달 후에 보호의무자의 동의에 의해서 퇴원했습니다.

- 인권위: 그러셨군요. 퇴원하실 때는 큰 무리 없게 쉽게 퇴원하신 거예요?

- 한성철: 예... 퇴원할 때에는 보호의무자의 동의가 있어서 제가...

- 인권위: 그러면 병원에서 생활하시는 동안 한 달 정도 생활을 하셨다고 하셨는데, 거기서 어떤 일을 겪으셨는지 그 경험담을 좀 얘기해 주세요.

- 한성철: 사실 저는 정신과 치료를 받으러 왔는데 실제적으로는 정신과 안이 치료로서의 의미보다 환자들에게 인권침해 하는 그런 현장으로써의 장소라고 저는 느꼈습니다. 처음에 병실에 입원했는데 후에 알아봤지만 다른 병원보다는 더 자유로웠다고 생각하지만, 그 병동 안의 환자들이 큰 소리로 말 한마디 한다든지 욕 한마디 한다든지 환우들끼리 한번만 말다툼을 하면 직원들이 바로 보호소에 넣는 그런 방침을 사용했고, 환자들이 직원들한테 제대로 하고 싶은 표현을 조금이라도 과도하게 할 수 없었던 상황이었기 때문에 환자들이 표현할 권리조차 없었고, 그런 가운데 환자들이 특별히 문제가 없다 싶었는데 직원들이 환자들이 편리하게 쉬운 대로 의사, 간호사, 보호사, 스스로 각자 직권으로 환자들을 보호시설에 쉽게 넣고 통제하고, 그런 걸 봤을 때 저는 참 너무 좀 냉기가 흘렀습니다, 병동 안에서.

○ 인권위: 조금 더 자세하게 말씀해 주시겠어요?

○ 한성철: 그리고 환자들한테 권위체계로 방침을 정하는데 권위체계라는 것은 뭐냐 하면, 환자들 생활을 잘하나, 못 하나를 벽에 붙여서 잘하는 그룹, 못하는 그룹 등급을 정해서 잘하는 그룹이 있으면 전화통화도 하고, 외출·외박도 나가고 못하는 그룹에 있으면 전화도 못하고, 산책·외출·외박도 못하고 이런 식으로 환자들을 차별해서 상대하는 것을 저는 상당히 기분 나쁘고 불쾌해서 도저히 병동 치료환경에 적응하지 못했습니다. 환자들의 전화·산책·외출·외박은 단계적인 그룹과는 상관없이 환자들의 증상에 따라서 환자들 그런 자유를 가지게 된다는 전제 아래에서 증상이 좋지 않으면 최소한의 전화라든지 산책, 외출, 외박을 최소한도로 줄여야 되는 그런 방침을 만들어야 되는데, 병원에서는 환자들을 쉽게 통제하기 위해서 그룹으로서 환자들을 정해서 잘하면 전화하게 해주고 사적인 외출할 수 있게 해 주고, 못하면 제한하는 그런 비합리적인 방침을 보고 참 그 당시 저는 다른 환자들보다 열등의식이 더 많았고 또 감수성이 더한 환자로서 병원의 적응에 상당히 힘들었습니다. 그리고 제가 그 안에 있으면서 결정적으로 육체적, 정신적 고통을 받았던 것은 제가 입원하고 다음 날 의사가 저한테 정신과 약 중에서 독한 성분의 약물을 투약했는데 제가 그 주사를 맞고 10초 후에 참 인간으로서 참을 수 없는 육체적인 고통을 받았고 그 병동이 8층 병동인데 창문만 열려 있다고 해도 제가 뛰어내릴 정도로 참을 수 없는 고통을 받았습니다. 그런데 그 고통을 24시간 정도 받았고 저는 그때 이 정신병원이 얼마나 고통스럽고 무서운 병동이라는 사실을 알았습니다. 그래서 제가 퇴원을 요구하고 싶었지만 그 당시에는 정신보건법이 없었기 때문에 자발적 의사로 입원했던 환자가 의사한테 퇴원시켜달라며 퇴원을 할 수 없었습니다. 아무리 자발적으로 입원을 했더라도 보호의무자의 동의가 없으면 퇴원할 수 없었던 사항이고, 그래서 우여곡절 끝에 한 달 후 보호의무자의 동의에 의해서 제가 퇴원하게 되겠습니다.

○ 인권위: 그러셨군요. 그 안에서 약물투여를 받으셨다고 했는데 그것이 선생님의 동의없

이 이루어진 거였나요?

- 한성철: 약물적인 투약은 의사의 진단에 의해서 투약된 것입니다.
- 인권위: 선생님께 이러한 이유로 약물을 투여하는 것이고, 이 외 어떤 부작용이라든가 어떤 증상이 나타날 수 있다, 이런 식의 설명은 못 들으신거고요?
- 한성철: 네. 그때 저한테 간호사가 약물을 투여할 때 이 약물을 투여함으로써 어떤 부작용이라든지 그런 게 전혀 설명이 없었고 또 그때 상황으로는 간호사가 투약하는 것이기 때문에 저로서는 거부할 수 없는 그런 상황이었고 저뿐만 아니라 다른 환자들, 그 누구라도 그 약물을 투약받을 때는 거부할 수 없는 상황에서 그 약을 투약받았다고 생각합니다.
- 인권위: 그러셨군요. 그게 몇 년 전 일이죠?
- 한성철: 그때가 94년도 3월달입니다. 입원하고 이틀 후였습니다.
- 인권위: 그러셨군요. 그러면 그때 진단명이 뭐라고 하셨죠, 정확하게?
- 한성철: 진단명이 우울증도 있었고 또 강박증도 있었고 그랬습니다.
- 인권위: 우울증이나 강박증인데 이틀 만에 약물을 그렇게 투여받으셨고, 그것에 대한 사전설명을 못 들으셨다는 말씀이시군요. 마지막으로 앞으로 정신병원 안에서 정신장애인들이 인권침해를 받지 않으려면 어떤 점이 가장 개선되어야 한다고 생각하시는지 선생님 생각을 간단히 좀 얘기해 주세요.
- 한성철: 물론 정책적으로는 의료비를 조정해서 정신장애인들이 병원에서 입원치료를 받는 것보다 퇴원해서 외래치료를 받는 중심으로 그렇게 시스템이 만들어져야

되고요. 또 이것은 정책적인 문제인데, 정부나 국가인권위 같은 경우는 관심을 가져주시고. 또 법개정 문제인데 사실 정신보건법 개정 내용에 정신장애인들의 인권이 가급적 구체적으로 세밀하게 꼼꼼하게 명시해야 한다고 봅니다. 그렇지 않으면 병원측에서는 그런 환자들 인권을 의료적인 문제라든지 증상적인 문제로 많이 면죄부를 받기 때문에 정신보건법상 최대한 꼼꼼하게 환자들의 인권 차원에서 상세하게 설명이 되고 기재되어야 하고요.

그리고 가장 중요한 것은 아무리 정신보건법상 환자들의 인권을 세밀하게 만들었다 하더라도 정신보건법은 사회법하고 달리 법이 시행되고 지켜지기 상당히 힘듭니다. 왜냐하면 현재도 정신보건법상 많은 규정이 있지만 그게 현재 정신병원에서는 쉽게 지켜지지도 않고 그걸 견제하는 특별한 감시기구가 없다 보니까 그런데, 제가 볼 때에는 사회단체에서 정기적으로 정신보건시설 안에 정신장애인들의 인권을 감시하고 조사하는 그런 상설기구가 나와야지, 그게 없다면 정신보건법상 아무리 꼼꼼하게 명시를 한다 하더라도 환자들은 정신병원 안에서 사회적인 약자로서 정서적인 문제나 의료적인 문제로 의사들이 나오면 사실 인권침해를 거의 막을 수 없기 때문에 제가 거듭 당부드리지만 사회단체에서 정신병원 시설을 정기적으로 방문해서 정신 질환자들의 인권침해를 막는 상설 기구가 있어야 되고 이게 없으면 사실 인권침해를 저는 못 막지 않느냐. 만약 막는다 해도 법으로써, 제도로써 막는 것보다는 정신과 의사들의 양심에 의해서 환자들의 인권을 일시적으로 막고, 만일 정신과 의사들의 양심이 배제되면 환자들의 인권침해는 또다시 일어나는 그런 현상이 되기 때문에 사회단체에서 정신질환자들의 인권침해를 막는 상설기구는 저는 분명히 필요하다고 봅니다.

- 인권위: 지금까지 좋은 말씀 정말 감사하고요. 앞으로도 인권위원회에서 진행하는 국가 보고서 사업에 계속 관심 갖고 여러 가지 지적 부탁드립니다. 감사합니다.
- 김칠준: 한성철님으로부터 영상을 통해서 말씀 들었습니다. 처음 정신병원에 입원하는 과정, 그리고 약물투여의 과정, 그 다음에 특히 무엇보다도 정신장애인 인권증

진방안으로서 정신보건시설에 대해서 사회적 감시체계가 필요한 것이 아니냐는 의견을 강력하게 개진해주셨습니다.

이번에는 두 번째 시간인데요. ‘태화샘솟는집’ 회원이신 이성재님으로부터 ‘입·퇴원과정과 사회복지시설 이용 경험’에 대해서 들을 시간입니다. 이성재님은 병원에서의 입원과정 및 병원에서의 상황 그리고 가정 내에서의 여러 처지, 사회복지시설에서의 경험, 이런 것들을 여러분께 말씀드리는 시간을 갖도록 하고, 이어서 지역사회 내 정신장애인 인권증진을 위한 몇 가지 제안도 함께 해 주실 것으로 알고 있습니다. 자, 이성재님 모시고 다함께 들어보는 시간을 갖도록 하겠습니다. 나와주십시오.

□ 자유발언 2 □

이 성 재(태화샘솟는집 회원)

- 이성재: 태화샘솟는집 이성재입니다. 입퇴원과정과 사회복지시설 이용 경험에 대해서 말씀드리겠습니다. 저의 경험상 우리와 같은 질병을 가진 사람들의 입원과정을 보면 자의로 입원한 경우는 몇몇에 불과합니다. 대개 당사자의 의견은 거의 묵살 되고 보호자의 요청에 의해 입원을 하게 되는 경우가 대부분입니다. 이런 폐단의 극단적인 피해를 들면 증세가 꼭 입원해야만 하는 경우도 아닌데 아내와 말다툼 끝에 강제입원을 하게 되고 그러한 반복적인 입원으로 그분의 정신적인 타격은 커간 사례가 있습니다. 그런데 그분이 퇴원 후에 급기야는 스스로 생을 마감하는 경우도 보았습니다. 보호자가 병원에 요청만 하면 환자의 의견 여부와 관계없이 집으로 앰블런스와 건강한 남자가 나타나 강제로 병원에 입원하는 사례는 꼭 없어야만 하겠습니다. 물론 가정에 큰 해를 끼치고 가정분란을 일으키는 경우는 예외이겠지만, 어찌되었든 보호자의 일방적인 요청에 의해 무조건 입원하는 경우는 개선되어야만 할 것입니다.

또 병원에 입원하게 되면 퇴원하기가 쉽지 않은 곳이 많습니다. 어떤 병원에

서는 입원한 환우에게 연장동의서에 사인을 강요하기도 합니다. 반강제적으로 받는 이 동의서에 협박과 회유로 6개월 연장을 동의하게 합니다. 다시 6개월이 지나면 같은 방법으로 “어차피 보호자가 안 데려가는데 서로 편하자.”며 사인을 강요합니다. 이런 식으로 몇 년을 병원에서 못 나가는 경우도 비일비재합니다. 또 국내 굴지의 병원에서는 입원비를 안내면 강제 퇴원시키면서도 입원비를 잘 내며 보호자가 안 데려가는 사람들은 한 병원에서 퇴원시키고 또 다른 병동으로 입원시키는 그런 되돌리는 식으로 오래도록 입원시키기도 합니다.

그리고 병원에서는 작업치료라는 명목으로 환자의 노동력을 착취하는 경우도 있습니다. 제가 아는 어떤 분은 하루에 1000명분의 식사준비를 매일 하면서도 작업치료라며 임금을 한 푼도 받지 못한 분도 계십니다. 이것은 치료가 아닌 엄연한 노동착취라고 생각됩니다. 또 우여곡절 끝에 가족의 품으로 돌아와서도 불행이 이어지는 경우도 보았습니다. 아내와 아들과 사는 어떤 분이 계셨습니다. 그런데 문제는 아버지를 아버지로 대우해 주지 않는다는 것입니다. 물론 당사자가 바른 행동을 못한 탓도 있겠지만 아들은 아버지에게 폭언을 하고 심지어는 폭행까지 해서 걸음을 제대로 못 걸을 정도로 아버지가 아들에게 폭행을 당한 예도 있습니다. 그나마 부모님 슬하에 사는 사람들은 행복하다고 할 수 있겠죠. 왜냐하면 부모님들은 당신들 자식이기에 품에 안아주시지만 형제들에 의해서 사는 사람들은 형제들의 돌봄이 한계가 있기 때문입니다.

발병한 지 26년이 된 저는 그동안 사회복지를 위해 많은 애를 썼지만 어렵기만 했습니다. 취업을 해도 주위의 따가운 시선으로 저는 좌절하고 말았고, 작은 입원으로 지쳐만 갔습니다. 그러던 중 ‘샘솟는집’을 알게 되었고 ‘샘솟는집’에서 보내는 하루의 일과는 저에게는 맞춤형 프로그램이었습니다. ‘샘솟는집’을 통해 컴퓨터교육을 받았고 그것은 바로 취업의 길로 이어졌습니다. 나이도 많은 저에게 취업의 길이 열린 것이었고 비록 서툴지만 컴퓨터에 대한 작은 지식은 취업장에서 유용하게 사용할 수 있었기 때문입니다. 취업을 해서도 취업장의 다른 직원들의 무시는 저를 상처받게 했지만 ‘샘솟는집’ 직원들의 얼굴을 생각해 가며 참아나갔습니다. 하루하루 지내는 동안 그들의 무시는 작은 관심으로 이어졌고 아침에 출근해서는 어느새 반가운 얼굴들이 돼 있었습니다.

그러면서 계절이 2번 바뀌어 근로 계약기간인 9개월이 흘러갔고 저는 해냈다는 기쁨과 성취감을 느낄 수 있었습니다. 회원들이 이구동성으로 이야기하는 ‘샘솟는집’은 낙원이요, ‘직원들은 천사다’라는 말은 마땅히 갈 곳 없는 회원들의 심정이었다는 것을 알게 되었고 지역사회에서 자신의 삶을 회복하기 위한 소중한 장소이고 정신질환으로 인한 낙인이나 편견에서 벗어나서 삶의 질을 향상하는 곳이었습니다.

‘샘솟는집’을 클럽하우스라고 하는데, 이는 정신장애인들이 모임을 갖는 장소라는 의미를 갖고 있습니다. ‘샘솟는집’은 스탠더드라는 운영규칙이 있어서 모임의 지침으로 삼고 있습니다. 조금 소개하자면 회원, 관계, 공간, 일 중심의 일과, 취업, 교육, 클럽하우스의 기능, 재정, 운영과 행정으로 분류하여 회원과 직원이 서로 존중하고 성장할 수 있는 방법을 제시해 주고 있습니다. ‘샘솟는집’은 환우 등의 말 대신 회원이라는 말을 쓰는데 세상의 다양한 모든 모임의 회원에게 권리가 있듯이 ‘샘솟는집’에서도 권리와 의무가 있는 회원이라는 뜻입니다. 이것을 알게 된 저는 무척이나 감동했고 주인이라는 자부심도 갖게 되었고 또 부서활동의 일환으로 일을 하면서 하루 일과를 보내게 되었습니다. 이 일은 작업요법이 아니라 클럽하우스가 운영되기 위한 실제 일들을 하는 것입니다. 작게는 청소라든가 다달이 만들어지는 소식지를 제작하는 일이라든가 복사 같은 여러 업무를 하면서 자연스럽게 저의 새로운 면을 발견하였고, 미래에 대해 생각을 하면서 여러 가지를 배울 수 있었습니다. 물론 한 달에 한 번씩 병원의 약물치료를 병행하면서 몰라보게 달라져 있는 제 자신을 발견하게 되었습니다. 물론 다른 사회복지시설을 다녀본 적은 없지만 인격적인 대우를 받을 수 있는 ‘샘솟는집’은 저의 피난처요, 낙원이었습니다. 저는 운이 좋게도 ‘샘솟는집’이라는 곳을 알게 되어 퇴원 후 지역사회에서 살아가는데 많은 도움을 얻고 자신감을 얻었습니다.

그러나 아직도 많은 정신장애인분들이 지역사회에서 이용할 수 있는 곳이 있다는 것을 잘 모르는 경우가 많습니다. 병원에서 퇴원하게 되면 가족들이나 정신장애인분들은 지역사회에서 어떻게 살아가야 할 것인가에 대해 매우 혼란스러워합니다. 입원 전 자신의 위치로 다시 되돌아갈 수 있다면 가장 좋은 선

택이 되겠지만 그렇지 못한 경우가 많기 때문입니다. 특히 퇴원과 관련하여 가족과 우리들이 얻는 정보의 대부분은 병원에서 제공받게 되기 때문에 병원에서는 퇴원 시 지역사회시설에 대한 정확한 정보를 제공해 주어야 할 의무가 있습니다. 퇴원 후 환자들이 집에만 있어야 한다고 생각한다면 상당수의 가족은 환자를 데려가는 것을 거부하거나 아니면 다른 의료기관 또는 요양시설로 갈 수밖에 없을 것입니다. 그러므로 퇴원과 관련하여 정신장애인들과 가족들이 적절한 정보를 받을 권리를 확보하는 것이 필요합니다.

지역사회에서 정신장애인들이 요구해야 할 또 하나의 권리는 퇴소 후 적절한 사회보장을 받을 권리입니다. 제가 알고 있는 한 분은 가족이 없습니다. 물론 처음부터 가족이 없었던 것은 아니지만 고아원에서 어린시절을 보내면서 고아원 원장님이 어머님이시고 총무님이 이모님이시며 함께하는 원생들이 형이고 동생들이었습니다. 그분이 어느새 20세가 되면서 고아원에서 퇴소할 수밖에 없었고 퇴소시 원장님이 주신 자립지원금을 가지고는 작은 방 하나 얻을 수 없는 상황이어서 지방에서 이런저런 일을 하다가 정신병원에 입원하게 되었습니다. 그 후 병원 인근의 요양원에서 10년이 넘는 생활을 하다 시설원장님과 담당직원이 상의하여 주거시설로 퇴소하기로 결정하였습니다. 하지만 퇴소를 결정한 순간부터 사회생활에 대한 부담감과 함께 준비하여야 하는 것이 많아 사회로 나가는 것이 잘한 결정인가 스스로 후회하기도 하였다고 합니다. 먼저 퇴원 후 의료보호서비스를 받기 위해서는 3주간의 시간이 필요하다고 합니다. 정신과 약물의 경우 시설의 촉탁의에게 3, 4주치를 받기로 하였으나 불안감은 쉽게 사라지지 않았고, 그 이외 교통비, 식대, 여가비 등 기본적으로 사회생활하는 데 필요한 비용을 생각하니 지역사회로 한 발짝 나가는 것이 기쁨보다는 고통스러운 경험으로 다가오기 시작했다고 합니다. 병원에서 퇴원하는 경우, 이외 요양시설이나 타장애인시설에서 시설보호로 되어 있던 정신장애인들이 지역으로 퇴소하게 될 경우, 새롭게 사회보장을 신청하고 검증의 시간을 가지는 경우가 있습니다. 거주를 함께하는 가족이 경제적인 능력을 가지고 있는 경우, 큰 문제가 없을 수 있으나 거주하는 가족이 없는 단독세대인 경우, 시설에서 퇴소하는 경우, 의식주 문제를 스스로 해결하여야만 하는 상황에 직면

하게 되고 특히 정기적인 정신과 치료를 필요로 하는 정신장애인의 경우 퇴소에 대한 부담감은 클 수 밖에 없습니다.

일반적으로 기초생활수급자격을 신청하고 사회복지전문요원이 자산을 비롯한 조사를 마쳐 수급여부를 결정하는데 평균 3주 정도 소요되는 시점이라면 적절한 사회보장은 그 동안 받지 못하게 되고 그나마도 수급자로 선정되지 않고 시설보호로 있을 경우 기본적인 의식주 문제는 시설에서 해결되지만 지역으로 나오게 되는 그 순간부터 스스로 자원을 찾아야 하는 어려움이 있습니다. 이밖에도 취업이나 주거나 많은 부분에서 정신장애인의 인권이 필요합니다. 그러나 아직까지 정신장애인의 인권문제를 다룸에 있어 대부분 입퇴원과 관련된 것이 주 내용입니다. 이것은 입퇴원시 경험하게 되는 인권문제가 심각함을 나타내기도 하지만 반면 여전히 정신장애인에 대해서는 수용 및 관리의 차원으로 보고 있다는 것을 의미합니다. 이제는 정신장애인들이 지역사회에서 살아가는 데 필요한 권리에 대해 많은 관심과 노력이 필요하다는 것을 제안드리며 발표를 마치겠습니다.

- 김철준: 두 번째로 이성재님의 발표를 들었습니다. 병원에서의 치료과정이나 가정 내에서의 여러 어려운 처지의 경험들도 말씀을 하셨지만 무엇보다도 ‘사회복지시설에서 이렇게 정신장애인도 함께 살아가는 사회를 만들어갈 수 있구나’라는 하나의 좋은 사례들을 같이 나눌 수 있었습니다. 특히 강조했던 두 가지 점, 여러분도 다 들으셨겠지만 ‘퇴원과정에서 지역사회의 사회복지시설에 대한 정보를 얻을 권리가 있다’, 이런 말씀도 해주셨고 그 다음에 무엇보다도 ‘퇴소 후 사회보장을 받을 권리를 확보해야 된다’, 라는 말씀도 있었습니다. 이번에는 세 번째로 자조모임 ‘같이가는길’의 회장을 맡고 계신 최광명님의 말씀을 듣는 순서를 갖겠습니다. 지역사회에서의 차별과 편견, 그리고 자조모임 운영사례를 중심으로 말씀을 들을 텐데요. 일반인들의 편견과 관련해서는 발병원인에 대한 잘못된 진단과 부적절한 치료경험을 말씀해 주신다고 하고요. 그 이외에 자조모임 같이가는길 운영내용과 활동경험도 PPT까지 준비해서 여러분께 말씀을 드리는 시간을 갖도록 하겠습니다. 세 번째 최광명님께 힘찬 격려의 박수 부탁드립니다.

□ 자유발언 3 □

최 광 명(자조모임 ‘같이가는길’ 회장)

○ 최광명: 안녕하십니까? 오늘 보니까 회원들하고... 제가 경상도에서 올라왔거든요. 사투리가 있으니까 이해를 부탁드립니다. 회원님들도 많이 오시고 단장님 왜 그 뒤에서 웃고 계십니까? 이 자리에 서니까 되게 떨리고 참 거시기하네요. 자, 먼저 이 자리에 말할 수 있는 자리를 만들어주신 여러분께 깊은 감사를 드립니다. 저는 얘기를 하자면 제 얘기를 하고 싶습니다.

제가 어렸을 때 형님이 가마솥에 빠지는 그런 불행을 겪었어요. 가마솥에 빠졌는데 그걸 건져내서 아버지하고 어머니가 살리려고 집안 재산을 몽땅 털어서 알거지가 된 적이 있었거든요. 그래서 어쩔 수 없이 귀향을 하기로 하고 할머니하고 할아버지하고 같이 산 적이 있어요. 그런데 아버지는 만날 술에 취해서 가정을 돌보지 않았어요. 그래서 어머니도 참 그걸 견디지 못하고 집을 떠나시게 된 거죠. 제가 볼 때 정신건강에 제일 좋은 게 뭐냐 하면 가족이거든요. 가족이 행복해야 정신건강에도 참 좋고 그런데 저는 그러지 못했어요. 그래서 어렸을 때부터 우울증이 좀 있었어요.

어린 나이에 안 해본 게 없습니다. 신문배달, 식당서빙, 산에서 더덕도 캐고 나물도 캐고 고사리도 캐고 가끔 뱀도 한 마리씩 잡고, 뱀 한 마리 잡으면 독사는 5000원, 일반 뱀은 3500원 합니다. 어린 저에게는 참 큰 돈입니다. 그래서 돈이 참... 가정에 먹고 살기가 힘들어서 아버지가 어디 멀리 가셨거든요, 그때. 그래서 연락도 안 되고 어떻게 이거 집안은 먹고 살아야 되겠고 하다 보니까 중학교 2학년 때 신문배달 그런 걸 다 집어치우고 식당에서 일을 했어요. 하루 식당일을 하니깐 하루에 1만 5000원을 주더라고요. 그 당시 한 달薪을 돌리면 7000원이었어요. 그런데 하루에 1만 5000원을 받으니까 ‘야, 이거 되겠는걸’ 하면서 사장님한테 부탁을 했어요. 한 달 내내 좀 하게 해 달라고, 방학 때. 그래서 받은 돈이 한 30만원 정도 됩니다. 굉장히 큰 돈이죠, 어린 나이에. 그러다가 뭐랄까... 우울증이 또다시 재발한 거예요.

한번은 약국에 가서 수면제를 달라고 하니 수면제가 없다고 하더라고요. 그래서 “취약을 좀 주세요.” 그랬더니 약국아저씨가 이렇게 뻔히 쳐다보더니 “너 미쳤나?” 그러면서 막 욕을 하고 내쫓아버리는 거예요. 그래서 할 수 없이 연탄 2장을 샀어요. 연탄 2장을 사서 부뚜막에서 그걸 피워놓고 옆에서 잤어요. 어린나이에 연탄가스를 마시면 죽는다는 걸 알고 있었기 때문에... 진짜 세상 살기가 싫었어요. 그런데 아침에 일어나 보니까 뭐랄까, 연탄불이 꺼졌더라고요. 참 죽기도 힘들더라고요.

그래서 고등학교 입학할 했는데 돈 30만원 가지고 입학하고 교복을 사 입고 책을 이렇게 마련하고 했는데도 너무 가정이 어려워서 서울로 올라왔어요. 서울로 올라와서 사출기공장이라는 게 있어요. 사출기공장이 뭐냐하면 플라스틱을 찍어내는 공장이에요. 그런데 그게 굉장히 위험해요. 딱 열었다가 손을 딱 집어넣고 빼야 되는데 손을 넣고 그냥 닫으면 어떻게 될까요. 이 손이 박살이 나요. 제 후배 하나가 그렇게 해서 손이 위에서 넣었는데 닫힌 거예요. 그래서 작살이 났는데. 그 보상을 못 받았어요. 왜냐, 개인 잘못이라고 해서. 참 안타까운 일이고... 그래서 저는 돈도 어느 정도 벌었다고 생각하고 다시 경북 울진으로 내려가서 다시 고등학교를 다녔어요. 그런데 너무 힘들었어요. 마음이 힘들고 너무 힘들고 그래서 태권도를 배웠어요. 운동을 하니까 잡념이 사라지더라고요. 운동을 하면서 슈퍼맨이라고 하는데 슈퍼맨이 뭐냐 하면 혹시 슈퍼맨 아시는 분 계세요? 없죠? 슈퍼에서 일하는 사람한테 슈퍼맨이라고 그래요. 그래서 제 마이카가 있는데 짐자전거 큰 거. 겨울이었는데 술을 박스에 딱 싣고 올라가는데 언덕에서 딱 굴러버린 거예요. 그런데 제가 참 직업정신이 투철한 게 뭐냐, 떨어질 때에도 그 술병을 안고 떨어진 거예요. 그래도 그 상황에서 그 박스를 안고 떨어지면서 하나도 안 깨뜨렸어요, 제가... 그래서 인정을 받았는데. 인정을 받았어요. 그러다 군대 가기 전에 또 이놈의 우울증이 다시 도진 거예요. 지난번에는 연탄불, 약 먹어보고 이래저래 안 죽더라고요. 그래서 이번에는 분신자살을 한번 해 보자. 한 통을 다 들고 머리에다 다 부었어요. 다 붓고 군대에서... 다 붓고 불을 지폈어요. 와, 진짜 뜨겁더라고요. 불타고 있는데 갑자기 멎어지면서 불이 딱 꺼지더라고요. 왜 불이 꺼졌는지 그건 미스터리예요. 하여

튼 하얀 빛이 내려오면서 불이 꺼졌는데 그건 교회 다니는 사람들에게 물어보니까 기적이라고 하더라고요. 그리고 이렇게 보시면 제가 화상 이라든가 그런 게 안 보이죠. 자세히 봐야 돼요. 보고 싶은 사람들은 개별면담 해 드리겠습니다. 그래서 아, 병원에 입원을 했는데 거울을 딱 보니까 이거 외계인이 따로 없는 거예요. 머리는 다 땀쥌, 콧구멍의 코털이 다 타고 그리고 폐도 좀 땀쥌. 그래도 지금 담배를 피웁니다. 그러다 보니까 병원에 딱 누워 있는데 참 기가 막히죠. 죽지는 못하고 반병신이 돼 있으니... 이게 꿈이었으면 좋겠다고요. 그런데 고통은 그때부터 시작된 거예요. 치료를 한다는 게, 화상을 입은 부위를 만날 드레싱을 해 주고 진통제를 맞아가면서 치료를 했어요. 그래도 다행인 게 뭐냐 하면 어린 나이에 그래서 그런지 빨리 낫더라고요. 만날 물이 질질 새요, 이렇게. 한여름이었었는데... 여러분은 절대 분신자살 같은 거 하지 마세요. 진짜 아픕니다.

제가 이 말을 길게 하는 게 원래는 자료가 준비가 돼 있었는데 우리 회원들 얼굴이 나가기 때문에 그걸 보내지 못하고 이렇게 대신 제 얘기를 하는 겁니다. 많은 양해 부탁드립니다. 자조모임 운영사례를 말씀드리겠습니다. 모임 제목은 ‘같이가는길’이고. 회장 한 명, 부회장 두 명, 서기 한 명, 기획팀장 한 명, 카페운영 지기 한 명, 후원은 한국장애인재단에서 해주구요.

이번에 저희가 한국장애인재단에서 받은 돈이 한 400만원 정도 됩니다. 그 지원을 받으면서 운영을 하고 있고 그리고 장소 제공해 주시는 데가 봉천동에 있는 한울센터입니다. 그분들에게 대단히 감사드리고요. 제가 정신병을 앓고, 오랫동안 앓고 지금도 약을 먹고 아침저녁으로. 본격적인 치료에 들어가니까 그게 아니더라고요. 처음에 발병했을 때는 어머니들이 정신분열이나 우울증 같은 경우는, ‘우울증은 정신이 약해서 그렇다.’ 그건 절대 아니거든요. 정신이 약해서 우울증 걸리는 게 아닙니다. 그리고 정신병에 걸리면 괜히 어디 데리고 가서 낫히고 제사지내고 막 그러더라고요. 저는 이해합니다. 왜? 나도 했거든요. 나도 천도제 지내고 제사도 지내보고 했는데 마지막에 스님한테 얘기를 했어요. “스님, 이게 원점인데요”, 했더니 “원래 그런 거야.” 하더라고요. 그러니까 사기를 당한거죠, 한마디로. 내 돈 200만원...

그래서 어쩔 수 없이 자의입원을 하게 된 거예요. 저는 가족들이 제가 책임을 져야 되는데 내가 병이 나 있으니까 누가 데려 가서 입원시켜줄 사람이 없는 거예요. 그래서 천도제를 지내보고 이런 저런 방법을 다 써봐도 안 되더라고요. 그런데 어느 날 갑자기 땅이 올라오기도 하고 가슴에 돌덩어리가 들어가 있고 아프지도 않은데 여기가 아프고 밥도 일주일 동안 먹는 등 마는 등 그냥 누워만 있었어요. 이렇게 누워 있다가 보니까 ‘이때 까지 내가 자살을 하고 살아남은 게 있는데...’ 갑자기 생각을 하니깐 억울하더라고요. 그래서 ‘아, 내가 이게 병이구나.’ 그때 알았어요. ‘이게 병이구나, 이걸 고쳐야 되겠구나.’ 그래서 병원을 찾았죠. 병원에 갔더니 의사 선생님이 입원을 하라고 하시더라고요. 그래서 다 합쳐서 1년 정도 입원을 했는데 딱 들어갔는데 정신이 없으니까 하루 종일 컵을 찾으러 다니는 거예요. 정신병동에 가면 보물 제1호가 뭘 지 아세요? 컵입니다. 약 먹을 때 컵이 있어야 됩니다. 그래서 하루 종일 컵을 찾아 돌아다니다가 하루는 내가 선생님한테 물었어요. “선생님, 제가 제정신이 아니죠?” 그랬더니 의사 선생님이 하시는 말씀이 “예, 최광명 씨는 제정신이 아닙니다.” 딱 그러더라고요. 자꾸 말이 다른 데로 새는데. 다시 돌아가겠습니다.

우리 정신장애인은 누구나 한 번쯤 자살을 시도해 본 경험이 있습니다. 가족들과 차별, 편견에 말할 수 없이 장애인은 고통을 받습니다. 예를 들어보면 저 또한 약물을 먹고 있지만 가족 모두 약물에 중독된다고 생각을 합니다. 사실 약물에 중독되는 거 아니거든요. 그런데 저 같은 경우에는 약물이 중독된다고 생각을 하니깐 우리 집에서 약을 감추거나 버리고 막 그러더라고요. 와, 사람 죽겠더라고요. 그 대신 뭘 먹었냐 하면 우유를 딱 갖다주더니 우유를 딱 먹으래요. 우유를 먹으면 우울증이 낫는대요. “아이, 참 미치겠네.” 그래서 다시 병원을 찾아서 8시쯤 돼서 막 병원문을 두드려요, 약 좀 달라고. 왜, 힘들니까. 힘들다고 하면 가족분들이나 어머니들은 잘 모르실 거예요. 그건 당사자들만 알 수 있어요. 그게 참 피병 같기도 하지만 약을 먹어보지 않은 이상은 절대로 이 상황을 이해할 수가 없어요. 예를 들어서 우리 장애인들이 자살 시도를 다른 장애인들보다 많이 하는데 처음에는 자살시도했을 때는 잘해 줘요. “왜 죽으려고 그러냐, 살아야지.” 그러면서 처음에는 잘해 주는데 시간이 가면 갈수록

무관심해져요. 그러니까 병원이나 환우들이나 우리 회원들이나 이런 삼각관계를 이루면서 서로 도와야 돼요. 그리고 이 병은 장애인이잖아요. 일본에서 온 장애인회원이 있었는데 그 회원이 말하는 게 뭐냐하면 “나는 이렇게 생각한다. 동반자라고 생각한다, 이 병은. 내가 죽을 때까지 데리고 갈 친구이며 동반자이다.” 그렇게 생각하니까 기분이 좀 낫고 뭐랄까 좀 도움이 되는 것 같다고 그러더라고요. 그래서 나도 뭔가를 시작하기로 했죠.

산을 타자, 이 산을 타는데 입은 마르죠. 입이 얼마나 마르는데요. 얘기하는데도 입이 말라요. 물 한잔 먹겠습니다. 일본 사람을 만나고 두 번째로 만난 사람이 누구냐 하면 미국의 다니엘 픽처라는 정신분열증을 앓고 있으면서 정신과 의사인 박사님이 계세요. 그분을 만났는데 그분이 하시는 말씀이 오픈더마인드, 커밍아웃이라고 하죠. “커밍아웃을 해라. 그리고 인권위원회하고 보건복지부를 찾아가서 너희들이 권익과 인권과 그런 것을 받으려면 그 사람들의 도움이 필요하다.” 이렇게 말했습니다. 그런데 저희는 지금 3년이 다 돼 가는데 이제서야 ‘같이가는길’이라는 것을 가지고 인권위원회에 그 이름을 알리게 되었습니다. 이분들께서 우리 회원들을 밀어주시고 끌어주시고 해야만 할 것입니다.

이제 나머지는 보건복지부인데 이 보건복지부를 어떻게 사귀어야 되느냐. 우리는 일단 인권위원회라는 틀을 만들었습니다. 그러면 원래 우리나라는 인맥이 거든요. 인권위원회를 섭외를 했으니까 이제는 보건복지부를 섭외해야 되는 겁니다. 맨날 우리 안에서 주는 돈만 가지고 쪼개서는 돈이 안 됩니다. 우리가 지금 어느 회원, 단체도 있지만 후원을 받는 데도 있고 안 받는 데도 있습니다. 하지만 인권위원회하고 보건복지부가 나서는 우리도 다른 장애인들처럼 후원을 많이 받지 않을까요. 후원을 많이 받으면 또 많은 일들을 할 수 있어요. 우리가 제일 먼저 해야 되는 게 우리를 알리는 것입니다. 알리는 것이 무엇이냐, 어떤 분이 그러더군요. “우리 ‘같이가는길’은 무슨 존재와 같다. 독립군과 같다.” 우리 일제시대 때 탄압과 억압과 권리를 주장하지 못했지만 지금은 ‘같이가는길’이라는 조직이 있습니다. 그런 모임을 통해서 계속 우리 선조들의 독립군처럼 함께 단단히 뭉쳐서 우리들의 목소리를 낼 수 있게끔 할 수 있게 인권위원회하고 보건복지부가 많이 도와주시기를 진심으로 부탁드립니다. 감사합니다.

○ 김칠준: 세번째로 최광명님으로부터 말씀을 들었는데요. 양해말씀 드리겠습니다. 원래는 PPT를 준비해 왔습니다. 그런데 지금 PPT에 개인의 프라이버시와 관련된 것이 있어서 PPT를 틀지 않고 직접 말씀해 주시기로 했는데, 그래서 오히려 훨씬 더 생생하고 진솔한 얘기를 들을 수 있는 시간이 아니었나 싶습니다. 특히 비장애인들이 갖고 있는 편견, 우울증에 대해서 우유 먹으면 낫겠다라고 했을 때 우리는 잠깐의 에피소드처럼 웃고 말았지만 그게 웃고 말 일인가. 우리 사회에 그와 비슷한 또는 그보다 훨씬 더 심한 편견들이 우리 삶 곳곳에 배어 있는 않을까라는 생각을 잠깐 해 봤습니다.

그리고 네 번째 발언을 들을 시간인데, 그전에 간단히 안내말씀 드리겠습니다. 지금도 어느 분이 오셔서 5분 정도 발언할 수 있는, 의견을 개진할 수 있는 기회를 달라는 말씀이 있으셨는데, 2부 토론회를 마치고 플로어에 토론하는 시간이 있습니다. 여러분이 발언하실 수 있는 시간이 있는데 아무래도 좀 원활한 진행을 위해서는 그때 질문하실 내용을 앞의 안내데스크에 미리 쪽지로 작성해서 질문내용을 적어 주시면 교통정리를 해 가면서 2부 토론을 훨씬 더 내실 있게 할 수 있지 않나라고 생각을 합니다. 그래서 먼저 안내말씀 드리고요.

네 번째 발언을 들을 시간입니다. 이번에는 정신장애인을 가족으로 두고 있는 가족 조성금님의 말씀을 듣는데요. 서울가족협회 재활복지이사를 맡고 계십니다. 정신장애인 가족이 또 얼마나 많은 고충을 겪고 계신지 또 그분들은 이 가족과 함께 어떻게 이런 장애가족으로서 그것을 극복해 왔는지 여러분과 한번 나누는 시간을 갖도록 하시겠습니다. 이 자리에 조성금님을 모시겠습니다. 힘찬 박수로 격려해 주시기 바랍니다.

□ 자유발언 4 □

조 성 금(서울가족협회 재활복지이사)

- 조성금: 안녕하세요. 제 딸은 여러분보다 훨씬 고통을 받고, 저 역시 이중장애라는 극복을 지금 현재는 아주 자랑스럽고 또 행복하게 사는 그런 삶을 얘기해 드리고자 합니다. 저의 딸은 2살 때 스트레토마이신 쇼크로 인하여 청각을 잃어버렸습니다. 청각장애 2급이 되었다는 사실은 5살 때 알았고, 그때부터 저는 청각장애가 받아들여지지도 않았고 뭔지도 모르지만 세브란스병원에서 청각장애 2급이고 앞으로 말을 가르치지 않으면 말을 못 하게 된다고 그러기에, 저는 그때 ‘받아들여야 된다, 그렇지 않다.’ 이런 생각할 여유조차 없었습니다. 청각장애 아이를 정상인 정도까지 끌어올린다는 것은 정말 정신장애인보다 훨씬 저는 더 힘들다고 생각해요. 저는 그래서 진해에서 대구를 다니면서 언어치료를 시작을 했는데요. 아빠 소리 가르치는데 아빠 소리 그 단어 하나 가르치고 뜻을 가르치는데 6개월 걸렸습니다. “아빠, 아빠...” 천번, 만번을 더 해서 목에서 피가 나오도록 해도 몇 개월이 돼도 “아빠” 소리를 못 하는 거예요. 그래서 겨우 6개월이 되니까 겨우 “아빠” 하고 비슷한 소리를 했어요. 그래서 저는 그때부터 “아빠, 나무”, 그러면서 글과 뜻과 모양과 이 세 가지를 다 겹해서 가르치고 나면 또 조사가 붙고 형용사가 붙고 이래야 되지 않습니까? 그래도 여러분은 정신장애는 들리기 때문에 그냥 가만히 있어도 다 듣고 듣는 것에는 장애가 없잖아요. 그런데 저는 5살 때부터 해서 열심히 가르쳐서 우리애가 일반 중고등학교, 초, 유치원, 대학까지 갔습니다. 우리나라에서는 몇 명 안 되는 그런 말을 할 수 있는 정도로 대학의 국문학과를 입학했습니다. 일반 학교 다니면서 몇 명 안 되는, 우리나라에서 몇 명 안 되는 말을 할 수 있는 구아를 가르쳐서 정상인하고 같이 대화를 순조롭게 한다는 것은 정말 기적 같은 일이었어요. 저는 했습니다. 열심히 했습니다. 그래서 그걸 누구를 원망할 그런 시간조차 없었어요. 애가 잠자는 시간 외에는 저는 전부 다 공부였어요. 그리고 그 공부를 애가 이것을 지루하지 않게 하기 위해서 저는 항상 놀이, 같이 즐겁게 놀면서 항상 개

를 따라다니면서 언어치료를 했죠.

그런데 대학교 가서 어쩔, 이것이 웬일입니까? 애가 대학교 들어가서 이성관계에 몹시 힘들었나 봐요. 자꾸 가족들간에 다툼이 생기는 거예요. 우리 가족은 딸 들하고 우리 부부인데 말이 안 되는 이야기를 해요. “그게 아니다.” 하면 자기 말이 맞다는 거예요. 그리고 우리 딸은 이 귀가 안 들리기 때문에 자기는 “이 귀만 들리면 전교에서 1등도 할 수 있는데 이 귀 때문에 그렇다, 이 귀 때문에 그렇다. 귀가 안 들려서 그렇다.” 그런 원망을 가지면서 자기가 귀 들리게 한다는 어디서 무슨 말만 들리면 거기를 쫓아다니는 거예요. 뭐 절에도 다니고 어디도 다니고 막 그러는 모습을 볼 때 참 안타깝죠. 그래도 어떻게든 이렇게 열심히 가르쳐서 “이제는 되었다.” 싶었는데 애가 어느 날 포도주스를 줬더니 그걸 집어던지는 거예요. 그러면서 악마의 피래요. 아, 그 순간 ‘그동안의 다툼이 이게 정신병이구나.’ 저는 119를 불러서 신고 분당에 살 때인데요. “신고 어디를 가야 되느냐”, 그랬더니 용인병원이 제일 낫대요. 그래서 용인병원으로 밤에 11시에 신고, 119에 신고 저는 뒤에 차를 운전해서 따라갔어요. 밤에 다시 집에 와야 되니까.

그런데 병원에 입원을 시키는데 그 순간에 철문소리가 나면서 거기에 들어가면서 철컹 소리가 나요. 그래서 저는 정신병이 뭔지를 저는 청각장애에 대해서는 열심히 가르쳤지만 정신병이라는 건 정말 머리 풀어 헤치고 다니고 히히 웃고 다니고 막 그러는 것만 알았지 정신병이 뭔지 제가 상식이 없었거든요. 그래서 오는데 하늘이 원망스러웠어요. 정말 ‘하나님이 계시다면 어떻게 이 예쁜 아이한테 어떻게 이렇게 정신병까지 주십니까? 이제는 끝 아닙니까? 하나님이 어디 계십니까? 하나님이 계시다면 정말 어떻게 어린 아이가 무슨 죄가 있습니까? 우리 어른들이 죄를 지었다면 죄가 있다고 하지만 어린 것이..’

어렸을 때 의사의 잘못된 진단으로 감기 걸린 아이를 폐결핵으로 진단해서 스트레토마이신 주사를 해서 애가 귀가 갔어요. 그걸 나중에 알고 보니까 스트레토마이신이라는 게 옛날에는 없어졌는데 어른도 그 주사 한 대 맞으면 귀가 간답니다. 그런데 저는 그 사람을 찾고 싶었지만 찾으려면 뭐 하겠어요. 알면 또 뭐하겠어요, 어린 아이인 데. 상처 주고 싶지 않았고 그래서 수녀님이 그러서

요. “그 사람을 찾아서 뭐 하나. 그 사람이 앞으로 그러한 실수를 안 하게끔 기도를 하는 게 더 낫지 않겠느냐.” 해서 저는 그 의사에 대한 원망도 한번 안 해봤습니다.

그런데 여러분은 한 가지, 정신병 한 가지 가지고 그렇게 그냥 인생 다 살았다는 듯이 어머니들은 다 죽 어가는 얼굴을 하고 계시는 거예요. 그래서 저는 정신병이 뭔지 모르지만 ‘정말 이제는 끝이구나.’, 그리고 여태껏 키워온 것이 너무 분하고 억울했어요. 그렇지만 어떻게 합니까? 그래도 하는 데까지는 해야 되는 게 부모 아니겠어요. 그래서 병원에 입원을 시키면서 입퇴원을 한 서너 번을 했는데 정말 정신이 없으니까 정신분열이래요. 분열이다 보니까 참 생각이 너무 너무 다르고 안 맞는 거예요. ‘아, 이렇게 되는 거구나, 이렇게 되는 것이 정신분열이구나.’ 분명히 정상적인 사람하고 애 생각은 다른 데 있어요. 다른 거예요. 그러니 부모들은 얼마나 기가 막히겠습니까? 정말 어쩔 때에는 ‘내가 왜 전생에 무슨 죄를 많이 지어서 이렇게 하고 사나’, 그런 생각도 했고 저도 역시 먼저 말씀하신 그분, 자살, 저도 세 번은 아마 자살을 시도했습니다. 그런데 역시 죽는 건 마음대로 안 되더라고요. 죽는 것이, 죽는 사람은 따로 있는 건가 봐요. 저도 연탄불도 피워보고 정말 차를 몰고 가서 그냥 아이하고 둘이 죽어버릴까, 그런 생각도 하고 물에 빠져 죽을까 연구도 많이 했는데. 그게 죽는 것도 운명인가 봐요. 저 역시 실패하는 거예요. 안 되는 거예요.

병원에서는 청각장애에다 정신장애인데 애가 너무 환청이 심하니까 병원에서 포기하라고 그래요. 더 이상은 안 되겠으니까 어머니는 이제 금전적인 뒷바라지 외에는 할 수 있는 게 아무것도 없대요. 그때 저는 어떤 해방감과 함께 밀려오는 허탈감, 그거 여러분 상상해 보세요. 여러분은 정신장애 한 가지 가지고 그렇게 힘들어하시고 좌절하시고 그러는데 저는 어떻겠어요. 그렇지만 어떻게 해요, 어떻게 해요, 살아 있는데 어떻게... 자식을 버릴 수도 없잖아요. 그래서 병원에서 의사 선생님이 포기하라고 했을 때 ‘아, 그러면 애가 언제까지 사는 건가.’ 그러면서 그룹홈 얘기도 하고 그러세요. 그랬는데 한 달 정도를 제가 병원에 안 가고 정말 ‘이제 죽을 건데 내가 잘하면 뭐해’, 그러면서 병원을 안 가고 한 달 후에 갔더니 애가 우리 딸이 정말 뼈만 남아서 미라같이 돼서 허리가

꺾어져서 못 일어나는 거예요. 먹지를 앓고 아이가 환청에 시달려서 먹지도 못하고 엄마가 자기를 버렸나 싶으니까 더 이게 심해져서, 완전히 뼈만 남은 그 모습을 보는 순간에 이대로 죽일 수는 없다는 생각이 들었어요. 그래서 ‘죽으면 어떻게 되는 건가요?’, 그랬더니 ‘엄마 가슴이 더 아프실 겁니다.’, 그래요. 더 아프고 더 아프면 저는 어떻게 살아요. 더 아프고 싶지 않아요, 정말. 그래서 그때부터 받아들였습니다. 저는 이 아이를 이 남은 시간, 애가 죽을 때까지의 그 시간을 정말 이 세상에서 가장 행복한 아이로 만들어보자. 이 세상에서 정말 내가 애가 죽어도 후회하지 않는 그런 삶을 애하고 정말 행복하게 한번 지내보자는 결심을 하고 받아들였습니다.

그리고 일주일에 한 번씩 병원에 가서 이 아이를 데리고 뒤에는 맛있는 거를 싣고 그리고 돛자리를 싣고 국립병원에 입원했는데요. 국립병원에서 가까운 어린이대공원부터 갔어요. 가서 꼭 끌어안아주었습니다. 맛있는 거 먹여가면서 꼭꼭 끌어안고 “너 정말 예쁘다.” 우리 딸이 정말 예뻐요. 오죽하면 우리 부부가 애를 낳았을 때 정말 어떻게 이렇게 예쁜 아이가 있나 싶어서 이름을 우리가 정씨거든요. 정세미라고 했습니다. 너무너무 예뻐서 세계에게 가장 예쁜 아이라고 해서 정세미라고 했어요. 그런데 너무 예뻐했나 봐요. 삼신할머니가 샘을 내셨는지... 그런데 이런 세월을 보내리라고 어떻게 생각을 했겠어요.

저는 장애인들은 따로 태어나는 줄 알았어요. 어디 따로 무슨 태어나는 데가, 사는 데가 따로 있는 줄 알았지 내 자녀가 이렇게 중복장애를 겪으리라고는 정말 상상도 못 해 봤거든요. 여러분도 그러시죠. 정말 우리가 어떻게 이런, 정말 이렇게 아이가 되리라고 알면 누가 아이를 낳겠어요. 그래서 저는 받아들이고 우리 세미와 함께 정말 남은 시간을 너무 너무, 정말 아껴가면서 행복하게 지냈는데 그렇게 생각하고 나서 한 5개월 되었을 때인가 봐요. 와우이식수술이 된대요. 뭐냐 하면 달팽이관을 빼내고 거기다가 이식을 하는 거예요. 기계로 만들어서 귀 뒤쪽에다가. 그런데 그게 참 나쁜 건 그 수술이 그 전에 나왔는데 보청기를 애가 양쪽에 했었거든요. 그랬는데 보청기상에 가서 “수술이 나왔는데 어떻게 된 겁니까?” 하고 물어보면 우리 의사들이 정말 여러 가지로 애쓰시는 분들도 많으시지만 우리가 모르는 환자와 가족들이 참 너무너무 많다는 거

예요. 저는 ‘수술이 되면 얼마나 좋을까’ 하고 기다렸는데 그 수술을 하지 말래요. 그 수술을 하면 3년에 한 번씩 재수술 해야 되고 한 번 하는 데 5000만원인데 하지 말라고. 재수술을 어떻게 평생 할 거냐 그래서 저는 수술이 되는데도 모르고 못 했어요.

그랬는데 병원에서 그러고 있을 때 어느 어머님한테 전화가 왔어요. 그 어머니 자녀분이 우리 딸이 너무 말도 잘하고 똑똑하고 하니까 우리 딸하고 결혼을 시키려고 한 10년을 어머니와 아들이 그렇게 결혼시키려고 했어요. 그런데 저는 정신병에 걸렸다는 말을 못 하고 ‘그냥 본인이 아닌데요.’ 하고 그냥 그랬어요. 정신병이라고 알리고 싶지 않고 참 말을 못 하겠더라고요. 와우이식수술을 병원에서 포기하라는 아이를 저는 마지막에 ‘네가 소리라도 들어봐야 되지 않느냐. 할 수 있으면 해 보자.’ 그래서 김승업 선생님이 계실 때 저는 선생님 복이 많은지 여러분이 많이 도와주셨어요. ‘얼마나 중복장애를 갖고 쓰는 모습이 불쌍했으면 그렇게 많이 도와 주셨을까.’ 하는 마음도 들고 참 감사하다는, 이 자리를 빌려서 용인 병원의 변의정 선생님, 국립병원의... 갑자기 생각이 안 나는데. 김승업 선생님 정말 이 자리를 빌려서 감사드리고요. 그래서 끝까지 애를 아산병원에 입원을 시켜서 정말 내가 젖먹는 그 남은 힘을 애한테 모든 사랑을 다 뱉습니다. 그리고 기도했어요. 수술 잘되게 해 달라고요. 그랬는데 우리 딸이 내가 하도 예뻐하니까 “엄마, 나 진짜 그렇게 예뻐?” 그래요. 그래서 “어, 나는 네가 세상에서 제일 예뻐.” 그러면서 저는 마지막 힘을 다한 거예요. 그랬는데 성공을 했고, 비오는 소리가 들린대요. 그래서 저도 울고 그래서 “비소리가 정말 들리냐?”, 들린대요. 그동안 그래도 열심히 가르쳤던 것은 애가 어휘력이 좋기 때문에 들으면 금방금방 알아들으면서 소리에 익숙해지고, 지금 3년 됐는데 굉장히 말도 멀리서도 듣고 말을 잘해요. 소리가 들리니까 말을 잘해요. 그동안 청각장애 언어치료를 충분히 하고 사회성을 키우고 했기 때문에 혀가 굳지 않아서 그렇고, 어휘력이 있기 때문에 이해를 잘하는 거예요. 그래서 그렇게 키웠고. 또 그 이후로 나와서 병원에 한 번도 안 들어갔어요.

애를 사랑으로 그저 애가 내일 죽는다고 생각을 하면 시간이 너무 아까워요. ‘애하고 나하고 할 수 있는 시간이 오늘 이 시간밖에 없다.’ 생각하니까 너무

그냥 시간이 아깝고 ‘애를 위해서 내가 할 수 있는 게 뭐냐’, 이런 마음으로 살다 보니까 우리 딸은 병원에 안 가고 지금 엄마가 너무 좋대요. 그리고 지금 우리는 맨날 데이트도 하고 특히 이사를 가니까 그 동네 사람들이 “어찌구 저찌구.” 하는 거 신경을 안 써서 너무 좋고요. 그래서 저는 정신장애 하나 가지고, 분명히 굉장히 좋아져요. 약을 먹으면 엄청 좋아져요. 저는 청각장애가 더 힘들다고 생각해요. 약을 먹으면 엄청 좋아지는데 모르고 계시는 거예요. 그래서 이거는 모든 것은 사랑이 다, 사랑이면 안 되는 게 없다라는 것을 저는 깨달았고요.

그리고 저하고 우리 세미하고 정말 우리 가족들은 다시 삶을 3년 전부터 다시 시작해서 정말 지금 행복하게 살아요. 여러분 가족들 중에 절망하시는 분이 계시고 희망이 없다고 생각을 하시는 분들 절대 아닙니다. 우리 딸 말 잘 하고 잘 잘 듣고 너무나 잘하고 정말 사랑하고 싶어요. 제가 나온 제목을 저는 ‘장애가 있어서 더욱 아름다운 우리 딸’이라고 우리 가족은 그렇게 제목을 지었습니다. 여러분, 희망을 가지시고 저 같은 사람도 또 청각장애하고 중복장애도 이렇게 행복하게 사는데 여러분 걱정 마시고 의사 선생님 말씀 잘 들으시고 교육을 많이 받으세요. 여러분이 교육을 받는 순간부터 아이는 좋아지고, 분명히 장애를 가지고 있고 환청도 가지고 있으면서 정말 생활을 잘 해요, 밝게. 사랑하고 싶습니다. 감사합니다.

- 김칠준: 중복장애를 가지신 가족, 조성금님 말씀을 들었습니다. 쉽지 않았을 것 같은데요. 자녀의 중복장애에 대해서 장애를 병으로 받아들이고 그리고 그것에 대해서 적절한 치료와 사랑으로 대했더니 이제는 그 어려움을 극복했다라는 취지신데요. 지금 들여보니까 한편의 드라마같이 가슴이 뭉클한 얘기였습니다. 하지만 그 과정에서는 ‘이렇게 되면 끝내는 성공할 거야’라고 하는 확신이 있었다면 많은 분들이 쉽게 할 수 있을 텐데. 그렇게 확신을 가질 수 없는 상황에서 그렇게 확신을 만들어가고 여러 가지 조치를 취하셨던 그 용기에 대해서 다시 한 번 존경의 말씀을 드리고요. 많은 가족들, 처지와 여건은 다르지만 궁극에 가서는 현상을 받아들이면서 사랑과 적절한 치료로써 대응해 나가야 된다는 메시지는 모든 분들한테 공통된 것이 아닌가라는 생각을 해 봅니다.

다섯 번째는 한마음공동체 원장으로 일을 하시는 최동표 님으로부터 말씀을 듣도록 하겠습니다. 힘찬 환영의 박수를 부탁드립니다.

□ 자유발언 5 □

최 동 표(한마음의집 원장)

- 최동표: 반갑습니다. 한마음의집 최동표입니다. 정신보건법이 통과된 지가 10년이 됐는데요. 1995년도 12월달에 통과를 했는데 저희 집이 올해 10년이 됩니다. 저희 집은 아시다시피 병원에서 퇴원한 환자가 사회복귀하기 위해서 중간단계, 거치는 역할을 하는 그룹홈입니다. 제가 앞부분에서도 회원님도 얘기하고 가족분도 많이 얘기했는데 좀 앞부분에서 격리나 통신자유, 정신보건법이 통과되기 이전의 이런 병원들이 많이 있었다고 들었습니다. 대부분의 병원들이.

그런데 현재는 사실 정신보건법이 통과되기 전에 많은 정신과 의사 선생님들이나 또 사회복지사 관계 되시는 분들이 노력을 했습니다. 그래서 지금 그렇게 수용 위주로 가던 것이 정신보건법의 기본이념인 탈시설화, 이쪽으로 지금 패러다임이 많이 변화해 가고 있습니다. 그래서 제가 볼 때는 90년대, 80년대는 수용하는 시설이 있었지만 ‘지금은 이런 시설들이 별로 없지 않을까’라고 생각이 됩니다.

또 한 가지는 여러분, 저희 집도 이번에 10주년 해서 제주도로 11월 5, 6일에 가는데 저희 회원도 독립도 시키고 그래서 제가 이런 자리에 서면서 생각을 한 것 ‘이 쥐구멍에도 해뜰 날 있다’고 쟁 하고. 해뜰날 하면 생각나는 가수가 있을 것입니다. ‘쟁하고 해뜰 날’ 하면 생각나는 가수가 누구인지 아세요? 송대관입니다. 송대관씨인데, 송대관씨는 사실 저희 선배예요. 10대 가수 만들려고 옛날에 많이 엮서도 보내고 그랬었습니다, 고등학교 때. 그런데 송대관 씨를 좋아하는 이유 중의 하나가 인생은 네 박자 얘기를 합니다. 그래서 왜 인생이 네 박자일까 가끔 고민을 해 봤어요, 제가. ‘왜 그럴까, 인생이 왜 네 박자야?’ 가만

히 생각해 보니까 맞아떨어져요. 생로병사, 태어나면 죽어야죠. 생로병사, 희로애락, 이렇게도 생각을 해 보고. 제가 사회복지시설에서 생각을 해 보니까 가만히 이치가 사회복지의 대화의 회원이 얘기했지만 거기는 클럽하우스, 종합훈련시설, 입소시설, 네 박자 딱 맞아떨어져요. 역시 인생은 네 박자 속에 다 포함되는구나. 제가 어느 날 목사님하고 얘기했더니 인생은 두 박자라고 합니다. 그래서 왜 인생은 두 박자냐. 사랑과 구원, 이거 두 박자라고 목사님은 얘기하더라고요. 그래서 저는 목사님, 인생은 네 박자인 것 같습니다. 딱 맞잖아요. 서울도 가만히 생각을 해 보면 남대문이 있으면 서대문, 동서남북 다 문이 하나씩 있잖아요. 앞산이 있으면 뒷산이 있고 좌우로 산이 또 있고. 터를 잡는데 네 가지를 본다고 하는데. 그래서 저는 네 박자를 중심으로 해서 네 가지만 얘기하려고 합니다.

제가 말하는 것을 기억하시기 바랍니다. 현재 가족이 일단 변해야 되겠다. 가족과 회원간의 유대관계의 개선이 상당히 중요하다. 제가 현장에서 10여 년 동안 느꼈던 것 중에서 아까 강제 입원, 조금 좋은 언어로 표현을 하게 되면 비자발적 입원. 그리고 비자의입원하면 상당히 좋죠. 그런데 입원이라는 개념이 경제에서 얘기를 하자면 수요곡선과 공급곡선이 맞아지면 가격이 형성되듯이 제가 보니까 현장에서도 수요곡선과 공급곡선이 맞아떨어지면 입원이 결정이 됩니다. 왜 그러냐면 가족의 수요자 측면을 볼 때는 일단은 가족간의 갈등, 이런 것도 있어요, 사실. 경제적 문제가 클 때. 또 가족 내 폭력, 이런 것들이 많이 있고 병원이라는 곳은 아까 얘기한 대로 이윤추구기관입니다. 이익이 있어야 직원 봉급을 주고 병원을 운영할 수 있는 건데. 그런 면이 아까 대형병원이나 이런 부분들은 사실 의료보험 체계 문제가 발생해서 조금 벌어지는 일이 있는데 그런 데에서 인권적인 면이 어려움이 있었지 않았나 생각이 들고요. 그리고 제가 말씀드릴 수 있는 것 중에 하나가 가족, 부모님들이 다 연로하셔서 아까도 얘기했지만 중복장애에 대해서도 말씀을 드리고 정신분열증도 얘기하는데 ‘내가 죽으면 어떻게 할 것인가, 내가 죽으면 누가 할 것인가.’ 여러분 생각에 여기 가족분들도 많이 오셨지만 많은 분들이 부모, 자식, 상대성이 있죠. 부모님이 돌아가시면 우리 형제가 저 아들이 보살펴줄까, 여러분 생각은 어떻다고

생각이 드십니까. “아니오.” 많은 사람들이 아니요, 옛날에는 0로 했습니다. 그런데 지금은 “아니오.”가 많습니다.

실제로 사례가. 아버지가 돌아가시면서 작은아버지한테 집을 주고 갔어요. 그런데 강제입원시킨 케이스거든요. 병원 나와 보니까 우리 회원들이 아무리 약을 먹든 하든 간에 인지능력이 있어요. 저도 그렇지만 술을 먹고 떡이 되어도 어디를 찾아가죠? 자기 집은 찾아가요. 하여간 집은 찾아가요. 어떻게 왔는지 몰라도. 그런 게 있는데 우리 회원이 자기 집을 찾아가는 거예요. 그런데 집이 팔렸어. 팔린 것까지는 좋다. 그런데 회원 이름으로 명의도용해서 차사고 뭐 해서 엄청난 빚까지 남겨놓고 돌아간 사례들이 있다. 그래서 이 가족관계가 좀 변해야 되고 가족 생각이 좀 변해야 된다. 아까 의사 선생님을 많이 얘기하지만 어느 의사 선생님이 병을 낫게 하려고 하지 어렵게 하려고 하지는 않을 거란 말이에요. 부모님들 생각에 아까 말씀하신 것처럼 최광명씨나 아까도 이분들 얘기하면 다 좋아진 것 같죠. 그런데 증상은 남아 있는 거거든요. 가을에 추수하고 나면, 태우고 나면 불이 다 꺼진 것 같아도 재만 남아 있어도 나중에 바람이 불고 그러면 불씨는 남아 있거든요. 그런데 우리 부모님들이 아까 약을 끊어도 괜찮다고 해서 재발하는 경우가 있어서 인권적인 문제가 발생하는 것 같습니다. 그래서 저는 이런 제도적인 시스템도 앞으로는 가족대표나 이런 데서 좀 해야 될 문제이고요.

강제입원 이쪽도 여러분도 정신보건법을 자세히 얘기해야 된다고 생각하는 데. 그러면 정신보건법만 있느냐, 여러분도 우리 전문가들도 현장에 있는 분들도 알아야 될 부분이 있어요. 여기 보면 인신보호법이라는 게 있어요. 이게 통과된 지 얼마 안 돼요. 2007년 12월 31일날 통과되었어요. 나경원 의원이 발의 해서. 여기 강제입원했을 때 구제할 수 있는 방법이 나와 있는데 그러면 이 정신보건법 이전에 인신보호법 가족분들도 관심을 가져보셔야 돼요. 이 법이 참 희한합니다. 제가 보니까 법은 공부를 안 했지만 법 하면 헌법이 있을 거고 또 일반법이 있는데 있으면 시행령이 있어야 되고 시행규칙이 있어야 하잖아요. 이 법은 어제 밤새 12시, 2시까지 잠 안 자고 찾아봤어요, 인터넷으로. 시행령, 시행규칙이 없어요. 그런데 발효가 되었어요. 이 법이 잘 시행이 되면 아까 강제입원

이나 인권문제도 많이 해결 할 수 있겠죠. 해결방법까지 나왔어요. 그런데 이런 것을 전혀 모르는 것 같아요. 이런 데도 전문가든 가족들도 관심을 가져서 시행령, 시행규칙 이거 빨리 만들어 달라고 인권위에서 권고해 주었으면 좋겠다. 빨리 해야죠. 법만 가지고는 잘 안 되니까. 잘 모르면 사문화되지 않을까 하는 생각이 들고요.

그 다음 두 번째 제가 이걸 시간이 짧아서, 하고 싶은 말은 많은데 PPT도 될 것 같았으면 제가 동영상 가지고 올 걸 그랬어요. 저희 회원들은 다 얼굴을 공개합니다. 인터뷰할 때 도 몇몇이 얘기합니다. 왜, 사회적 통합, 장애인은 평등하니까 인터뷰할 수 있고 사진 찍을 수 있고 거기에 대해서 망상만 갖지 않으면 훨씬 더 가지 결정권이 있으니까 좋은 거 아닙니까? 그런데 오히려 숨겨서 인터뷰 안 하는 것도 아니라고 봅니다. 죄지은 것도 아닌데 왜 숨겨서 합니까? 떳떳하게 해야지. 우리 정신장애인이 장애인 사회문제, 이 관계개선이 참 중요하다. 아까 가족과 관계개선이 중요하지만 사회문제와의 관계개선도 중요하다고 생각이 듭니다. 이번에 조금 이따가 동영상 나올 건데 우리 회원이 6개월간 취업했다가 고용보험 받으면서 면접을 봤는데 “선생님, 저 정신장애인이라고 밝혀야 돼요?” 제가 그랬어요. “ 물어보면 얘기하고 그렇지 않으면 얘기하지 마.” 그래서 고민을 해요. 그럴 때 “절대 물어보지 않으니까 태연하게 가서 물어보면 대답만 해.” 그랬더니 알았대요. “그러면 안 밝혀주세요.” “그래 밝히지 마.” 이렇게 넘어갔어요. 그리고 나서 제가 하는 말이 “선생님, 저 아무래도 사실대로 얘기하고 해야 될 것 같아요.” “그래? 그러면 한번 생각을 해 보고 본인이 하고 싶은 대로 해요.”, 얘기했더니 면접날짜가 정해졌습니다. 학교에서 봤습니다. 단순한 일이고 시간제 8시간 일하는 파트타이머니까 그래서 나중에 가서 뭐하냐고 물어보니까 정신과에서 약 먹고 있다고 장애인이라고 하니까 오지 말라고 하더라고요. 이런 사례가 있거든요. 오히려 솔직히 밝히고 약을 먹는 사례 이런 것들이 본인이 솔직해서 밝혔는데 굳이 안 밝혀도 되는데 안 밝혔으면 되었을 것 같아요. 그런데 제가 막지를 앓았는데. 그런 사례, 이런 사례가 지금 컴퓨터공부를 했었어요. 컴퓨터공부를 하고 있는데 어디에서 선생님이 저한테 그래요. “선생님 축하해 주십시오.”, “왜?” 그랬더니 컴퓨터활용능력 3급 합격을

했대요. 200점 만점에 80점, 이거 80점 맞기 힘들지 않습니까, 일반인도. 박수 한번 쳐 주세요. 이런 사례. 그래서 이걸 어떻게 취업해야 될까. 이런 문제를 제기고민을 했고요.

사회복지시설에서 직업재활이 꽃 이라면 꽃입니다. 조그마한 일이라도 하는데 또 하나 바라보고 싶은 것이 인권에 문제가 되는 것이 이런 일을 많이 하면서도 최저임금을 받는다는 거예요. 그리고 또 생활보호대상자가 됐을 경우에 소득공제, 왜 시설에 진짜 큰 입소시설이나 대형시설에서 근무하는 사람은 소득공제를 해주는데 여기 그룹홈을 이용하면서 얼마 되지 않은 최저임금을 받는 돈은 소득공제가 안되잖나. 그래서 현재 소득공제가 30% 돼 있는 수준에서 좀 상한, 업그레이드시켜줘라. 예를 들어서 2005년도에도 30%, 2008년도도 30% 그러지 말고 소득 공제를 높여주면 일할 의욕도 좋지 않을까. 이런 것도 좀 생각을 해 줘야 되지 않을까 저는 생각이 듭니다.

그리고 세 번째로 사회보장기관들의 이용자원 확대 및 정부의 지속적인 지원, 의료기관들의 연계와 협조가 이루어져야 한다고 생각을 합니다. 예를 들어서 병원에서 지역사회와 연계가 안 되고 있으며, 사회복지시설과 협조관계가 빈약해서 입퇴원 반복현상이 일어나는 인식의 차이가 좁아져야 한다고 생각합니다. 의료기관에 퇴원할 때 계기가 지역정신보건센터나 보건소에 통보되지 않고 또다시 원점으로 시작되는 경우가 있습니다. 이게 회전문현상이라고 해서 지역 네트워크가 구성돼 있지만 잘 활용이 되지 않는 사례가 발생하는데, 이런 사례들은 앞으로 우리가 더 노력을 좀 해야 되지 않을까 저는 그런 생각이 들고. 대형병원일수록 아까 프로그램이나 이런 것들은 옛날에는 빈약할 수도 있었습니다. 그런데 지금은 많이 좋아져가고 있는데 ‘소규모의 병원을 해 보는 것도 좋지 않을까’ 저는 생각이 듭니다.

그 다음에 아까 말씀을 하신 문제점이 병원의 지원 이런 것들도 의료수가나 이런 게 연약한 보건소도 많이 있습니다. 이런 것들도 입장 바꾸어놓고 생각하면 의사 입장에서, 병원입장에서 생각을 하면 수가 이런 것들도 좀 현실적으로 만들어줘야 하지 않을까. 의료보험환자하고 내가 병원원장 이라고 생각했을 때 어떤 차이가 보일까. 여러분도 판단에 맡기시면 그것도 도움이 되지 않을까. 그

런데 현실적으로 이런 것들은 국가인권위나 아니면 우리가 개선해야 될 문제라고 저는 생각이 듭니다. 이런 것들이 어떻게 변할지는 자꾸 이야기하고 주장하고 가만히 있으면 이런 것들이 바뀌어지지 않습니다. 변화하지 않습니다. ‘변화하지 않으면 도태한다.’는 이야기처럼 가족들도 이제는 시대에 부응해서 그런 것들은 아까 보건복지부 이런 것이 나왔는데 그런 것들을 이야기해서 제도 개선 쪽으로 시스템화시켜야 된다. 그래서 보험료나 급여체계가 변화가 없도록, 급여에 변함이 없도록 10월달에도 병원이 등급화된다고 합니다. 그렇기 때문에 이런 것을 빨리 접수해서 가족도 생각해야 되고 우리 전문가들도 대응을 해야 되지 않을까 생각합니다.

네 번째, 사회복지시설 근무하시는 선생님도 그렇고 저도 그렇고 한 10여년 해보니까 처음에는 직업의식으로 열정을 가지고 하다가 많이 힘이 빠집니다. 한마디로 말해서 어깨도 처지고 힘이 빠질 때가 많은데. 왜냐하면 정부 지원 같은 거 이런 사례가 적고요. 그 다음에 가족의 지원도 나중에는 좀 지치고, 가족도 지치고 나도 좀 지치는 경우가 있고요. 그리고 사회적 통합을 이루다 보니까 좀 어려운 점이 있습니다. 예를 들어 갑자기 또 생각이 안 나는데 지치고 그럴 때... 지칠 때 정부의 지원, 예를 들어서 현장에 근무하면서 우리는 2교대를 합니다. 추석 때 제일 서글픕니다. 집에 못 가고 계속 근무를 해야 됩니다. 그런 형태가 돼요. 추석 때 회원들 집에 가는 거 못 오게 하는 분들 있습니다, 가족분들 중에서. 그래서 같이 지냅니다. 그런 문제.

그 다음에 지역사회에서 느꼈던 점 중의 하나가 상해보험 가입하게 되면 보험회사에다 인권위가 권고를 했지만 한정되게 제한을 받아요. 일반인은 밖에서 다쳐도 이렇게 하지만 한정되게 한다는 거. 그래서 그런 문제점들, 방안에서만 다쳐야 보험이 된다, 이런 문제가 있습니다. 그리고 더 많은 것들이 일상생활에는 있지만 지역사회에서 살다 보면 제일 어렵고 힘든 일이 다른 부분도 아니고 여러분 지역사회에서 저희 집은 개방돼 있는데 제일 제가 느꼈던 점 중의 하나가 동네 부녀회장님 아시죠. 부녀회장님한테 잘못 보이면 큰일 난다는 거 꼭 명심해 주시고 또 이장님, 통장님과 잘 지내시는 게 지역 사회에서 성공하는 길이 아닐까.

그리고 마지막으로 국가인권위원회나 복지부, 또 가족협회에서 종사자들이 어렵게, 힘들게 정신보건을 위해서 일하고 있습니다. 많이 지지해 주시고 격려 좀 해 주시고 그러시면 고맙겠습니다. 이것으로 제 말을 끝내겠습니다. 감사합니다.

- 김칠준: 다섯 번째 순서로 한마음공동체 최동표 원장님 말씀을 들었습니다. 그동안 오랜 세월 이런 현장에서 일하시면서 느낌들을 말씀을 해 주시고 좋은 제안을 하신 것 같습니다. 가족간의 유대관계라든가 우리 사회의 차별, 낙인 이런 것에 의한 당사자들의 고통을 이야기해 주셨고요. 무엇보다도 의료시설과 사회복지 시설 사이의 어떤 긴밀한 연대와 협력, 그리고 사회복지시설에 종사하는 종사자들의 나름대로의 여러 지원책들까지 제안을 해 주셨습니다.

이번에는 현장인터뷰 시간입니다. 이번에는 정신장애인 아홉 분, 그리고 시설에서 일하시는 세 분 총 열두 분의 인터뷰를 준비한 영상물입니다. 함께 들어보시기 바랍니다.

□ 현장인터뷰 영상물 상영 □

- 정신장애인 1: 병원에서는, 정신과병원에서는 좀 밀폐된 공간에서 폐쇄된 공간에서 살잖아요. 그런 게 좀 답답한 면도 있고 그런 게 있는데. 거기만 있다 보면 살도 갑자기 상승해서 체중 증가가 돼요. 저도 한 20kg 쪼그러든요. 원래 더 늘씬한 편이었는데 좀 많이 쪼그러요. 그런데 많이 산책을 시켰더라면 운동도 시키고 같이 보호사님들도 계시니까 간호사님도 병원에 계신 분들은 있게끔 하고 좀 활달하신 분들은 운동 같은 거 시켜줬으면 그런 자유를 좀 선호하고요. 또 우리 병원에서도 조금씩 자유를 권하는데 아우팅 같은 거 거기에서 좀 편찮다 하는 사람들이 사회적응을 하기 위해서 좀 ‘물가는 얼마큼 올랐는지’, ‘옷값은 얼마인지’ 그런 것도 알아야 되잖아요. 그런 것도 알았으면 좋겠고. 그런 것에 많은 바람을 가져 봅니다.

- 정신장애인 2: 어떤 분을 봤는데요. 말실수한 언니를 보고 약간 어린 여자를 보고 “너는 왜 그러냐?” 그런 식으로 얘기를 그냥 했거든요. 살짝 신경질을 내니까 갑자기 탁 손으로 묶어버려서 넣어버리더라고요. 퐁퐁 묶어버리더라고요. 불쌍해 보이더라고요. 함부로 그렇게 너무 심하게 하지 않았으면 좋겠어요.

- 정신장애인 3: 제가 사실은 말을 못할 말씀을 여기서 드려야 될까 봐요. 사실은 제가 보호사에게 성폭력 비슷한 걸 당한 게 있습니다. 제 유방을 만지고 그리고 또 보호사에게 아침에 배식하러 가면 유방을 만지고 엉덩이, 기타 등등... 그런 일이 있었습니까. 그래서 원장님에게 말씀을 드렸더니 그 보호사를 내쫓았습니다. 그런 적도 있습니다. 사실 여기 와서 그전에도 환우들에게 그런 일을 물어보면 그런 일이 많이 있었다고 들었습니다.

- 정신보건사회복지사 1: 저는 지금 시설에서 정신보건사회복지사로 일하고 있고요. 일을 하면서 가장 어려웠던 부분은 장애인들에 대한 인권을 항상 이야기 하잖아요. 그런데 물론 제가 생각하기에도 장애인들의 인권이 무엇보다 중요하고 또 우리의 역할이 정신장애인 들이 자기의 인권을 스스로 찾아갈 수 있게 그걸 도와주는 역할이기도 하고요. 그런데 막상 그런 걸 도와주는 과정에서 회원들이 생각하는 본인들의 권리, 인권이랑 또 우리 직원들 이 회원들을 보호하기 위해서 좀더 그런 것을 더 잘 하기 위해서 도와주는 과정에서 갈등들이 많이 생기는 것 같아요. 예를 들어서 회원들이 여기서는 증상에 기복이 있다 보니까 증상이 좀 안 좋으신 분들은 갑자기 충동적인 행동을 하신다든가 위급한 상황이 생길 때가 있는데 그런 걸 대비를 해서 가끔씩 회원들 사물함을 확인을 할 때가 있어요. 혹시 위험한 물질은 없는지 칼이나 저희는 외부에 외출이 가능하니까 나가셨다가 또 위험한 물건 갖고 들어오시지 않는지. 그게 본인의 피해로 끝나게 아니라 다른 회원들한테도 다 피해가 가기 때문에 그런 걸 한번 확인을 할 수도 있는데. 회원분들이 느끼기에는 ‘내 권리침해다.’라고 느낄 수 있고요.
그리고 여기 시설이 노숙자분들이 많이 있으세요. 그래서 밤늦게 공원 같은 데에는 노숙자분들이 많아서 위험하거든요. 그래서 너무 늦은 시간에는 외출을

제한하고 있는데 그런 것들도 회원들이 느끼기에는 ‘내가 외출하고 싶은데 왜 내 자유를 방해할 하는지’ 그렇게 좀 불만을 표시할 수 있다고 생각이 들어요.

○ 정신장애인 4: 제가 사회생활을 하면서 생각했던 거 한 가지만 얘기할게요. 육체장애랑 정신장애랑 차별을 두더라고요. 처음 들어가서 입사했을 때 임금을 1만원 주어서 1만원 받고 일을 했는데, 육체장애 받은 사람은 저희의 2배, 3배, 4배를 더 주는데 저희는 적게 받고 있는 거였어요. 그리고 아르바이트생이 들어왔었는데 그 아르바이트생은 시급 3500원에서 4000원 받고 있었고 저는 그 아르바이트생이랑 비교해 봤을 때 비록 반장이라는 직책을 가지고 있었지만 월급이 20만원, 25만원이고 그 아르바이트생들은 계산해 보니까 70만원이 넘는 거예요. 그러니까 부당함, 불공평하다는 것을 많이 느꼈어요.

○ 정신장애인 5: 제가 어느 시설에서 ‘장애인 중에서 취업률이 가장 낮은 장애인이 정신장애인’이라는 기사를 봤거든요. 그러니까 정신장애인에 대한 차별이 장애인 중에서 가장 심한 것으로 알고 있는데. 그게 좀 저에게는 큰 어려움입니다. 그리고 또 장애인신규고용촉진장려금이 2004년 말에 60만원으로 시행되었었는데 4년이 지난 지금도 계속 60만원이거든요. 그러니까 최저임금이 오를수록 장려금도 올라야 된다고 생각합니다. 그리고 장애인고용촉진공단 취업 사이트 워크투게더에 보면 구인하는 내용이 나오거든요. 그런데 거기 보면 ‘경증장애인만 가능하다’ 이렇게 나와요. 그러니까 중증인 저에게는 이게 또 어려움이 되고요. 그리고 제가 전기기능사가 있거든요. 전기시설관리원으로 일을 하고 싶어요. 그런데 2004년도에 자격증을 땀는데 지금 4년째 취업을 못 하고 있어요. 전기시설관리원으로. 정신장애인의 취업에 대한 특별한 정책이 있었으면 고맙겠습니다. 감사합니다.

○ 정신장애인 6: 저 같은 경우에는 사회에서 생활할 때 느낀 점이 장애인이면서 복지카드가 있으면서 기초생활보호대상자라는 두 가지 자격이 되는 사람은 기초생활보호대상자라는 그거 하나 때문에 4대보험이 되고 월급이 통장으로 나오는 이런

곳에 다니지 못하는 그런 국가의 행정적인 시스템을 보았습니다. 이런 것은 장애인이면 무조건 다 가난하다고는 할 수 없지만 그래도 생활이 어려운 사람한테는 일을 하면서 수급권도 유지하고 이렇게 했으면 좋겠는데 일을 하면 안 되기 때문에 아르바이트식으로 해서 통장으로 돈이 안 들어오고 4대보험 안 되는 그런 일을 할 수밖에 없습니다. 이런 것을 보았을 때 ‘복지카드가 무슨 소용이 있나’ 이런 생각이 들고 해서 이런 걸 행정적으로 좀 수급자이면서도 일을 할 수 있는 법적 제도를 마련해 주셨으면 좋겠습니다.

- 정신장애인 7: 인권이라는 것에 대해서 저희도 사람이고 인간이 가질 수 있는 권리를 다 겪어보고 느끼고 그러고 싶은 마음인 것 같아요. 다들, 저뿐만이 아니라 다른 여러 회원들도 그러기를 바라는 것 같고, 그래서 그 인권이라는 게 좀더 저희 같은 정신장애인을 포함한 다른 모든 사람한테도 다 적용되었으면 하는 바람이고.
- 정신장애인 8: 인권용어가 참 어려운 것 같아요. 좀더 쉬운 용어로 배웠으면 좋겠고요.
- 정신보건사회복지사 2: 저는 실무에서 일하면서 겪는 것들을 두 가지를 얘기하고 싶은데요. 한 가지는 저희 회원분 중에 교통사고를 당하신 분이 있으셨는데 119에 실려서 갔는데 “다른 약을 복용하는 게 있느냐”라고 물었을 때 “정신과 약을 복용한다”고 이야기하니까 “그러면 정신과 있는 병원으로 가야 된다”라고 입원이 안 됐다고 하더라고요. 그런 부분에 있어서 이것도 인권침해라는 생각이 들고요. 그런 것들이 좀 개선되어야 한다고 생각합니다.
그리고 또 한 가지는 여기 있으면서 수급권자이신 분들도 굉장히 많으신데 그런 분들의 약에 있어서 의료수가적인 문제 때문에 약이 더 좋은 게 맞는데도 돈에 맞춰서 약을 써야 돼서 좀 많이 안 좋으셨던 분들도 계시는데 그런 부분에 있어서 국가적으로 의료수가에 대한 문제를 개선해야 되지 않나라는 생각이 듭니다.
- 정신보건사회복지사 3: 먼저 국가인권위원회에서 관심을 갖고 보고서를 작성해 주신다

고 해서 저희 같이 종사하는 종사자로서 너무 감사드리고요. 지금 말씀드리고 싶은 것은 실제 사례를 말씀을 드리면 우리 어떤 모 회원의 경우에 S보험사에다가 건강보험을 가입을 하셨대요. 그러니까 실질적으로 가입하셔서 13만원 돈을 7개월 동안 납부를 하셨다고 하더라고요. 그런데 7개월 이후에 그쪽에서 정신과 치료를 받고 있다는 이유로 너무나 잘 아시겠지만 보험이 해약이 되었는데 그 해약과정에서 또 환불도 안되었다고 하더라고요. 한 이천 얼마를 받으셨다고 하던데. 이런 경우가 부당하다고 우리 회원분들이 느끼시는 경우들이 굉장히 많은 것 같습니다. 그래서 인권위원회에서 그런 부분에 노력을 많이 해주시는 것은 알고 있는데 이 부분들을 좀더 강력하게 어필해서 우리 회원들이 이런 불이익을 당하지 않도록, 그러니까 모든 인간이 누려야 되는 인권의 혜택에서 배제되지 않도록 그렇게 애써주셨으면 좋겠고요.

장애인 취업박람회도 굉장히 많잖아요. 그래서 저희는 장애인취업박람회 있을 때마다 가는데 굉장히 많은 업체에서 복지카드를 제시하는 과정에서 ‘정신장애다.’라고 하면 면접 자체를 볼 수 없을 때가 굉장히 많은 것 같아요. 그래서 그런 경우도. 그러니까 같은 장애인군에서도 또 소외당하는 이런 경우들이 너무나 많은 것 같습니다. 그래서 그런 편견을 해소하도록 또 국가인권위원회에서 애써주시면 좋을 것 같고. 이런 것은 지난번 버드킨보고서 할 때 인권이 가장 발생하는 게 대중의 무지에서부터 온다고 했는데 우리 회원분들도 말씀하시는 것처럼 초등학교, 중학교 때부터 인권교육이라든가 이런 것들이 좀더 활성화되고 정신장애인에 대해서 남다른 시선으로 보는 이런 시각에서부터 조금 어렸을 때부터 변화를 가질 수 있는 그러면 정말 국가적인 시스템이 마련이 되면 얼마나 좋을까 하는 그런 기대를 가져봅니다.

○ 정신장애인 9: 기타연주

- 김칠준: 이것으로 ‘자유발언대, 정신장애인 인권을 말하다’라는 시간을 함께했습니다. 긴 시간은 아니었지만 다시 한번 우리 사회의 정신장애인들이 어떤 처지에 있는가, 병원 입원 과정, 치료과정에서는 어떤 아쉬움들이 있고 그리고 우리 사

회가 함께 해결해야 될 과제들이 무엇인가를 많이 생각하게 하는 계기를 만들었다고 생각합니다.

아시는 것처럼 국가인권위원회는 정신장애인 국가보고서 사업을 통해서 사회적 편견을 없애고 그리고 진정한 어떤 해결책을 마련하기 위한 여러 제도개선책을 강구하고 있습니다. 아마 이 시간에도 경기도 정신보건센터하고 공동으로 수원에서부터 시작해서 해남 땅끝마을까지 사회적 편견을 해소하기 위한 자전거여행이 계속되고 있습니다. 아마 여러분의 관심, 그리고 우리 위원회의 노력 이것들이 함께 어우러져서 적어도 올해 그리고 내년에 아마 정신장애인 인권분야에서 가장 현저한 진전이 있을 거라고 기대를 합니다. 오늘 함께해 주신 여러분께 다시 한번 감사의 말씀을 드리고 이어서 휴식시간을 가진 후 2부 시간을 계속하도록 하겠습니다. 대단히 감사합니다.



2부 자유토론

“정신장애인 인권, 이대로 좋은가”

National Human Rights
Commission of Korea

National Human Rights Commission of Korea



□ 2부 자유토론 □

“정신장애인 인권, 이대로 좋은가”

- 조형석: 지금 이 시각 정신장애인 국가보고서 사업의 일환으로 2차 토론회를 개최하고 있습니다. 이와 더불어 10월 9일과 10일, 사토리우스라는 WHO 전 보건국장을 모셔 국제기준에서 바라본 한국정신보건 현황에 대해서 3차 토론회를 개최할 예정입니다. 다음 토론회에서도 많이 참석하셔서 열띤 질의와 관심을 보여주시기 바랍니다. 곧 2부 순서를 진행하겠습니다.

제2부 순서는 ‘강제입원, 장기입원의 문제 그리고 지역사회보호’를 중심으로 100분간 자유토론하는 시간이 되겠습니다. 제2부 사회는 아주대학교 인문사회 의학과 이영문 교수님께서 수고해 주시겠습니다.

- 이영문: 여러분, 안녕하십니까? 2부 사회를 맡은 아주대학교 이영문입니다. 개인적으로는 매주 경기도 수원 지역에서 하는 지역방송이 있는데 거기 시사토론프로그램을 녹화하는 시간대입니다. 똑같은 시간대인데 오늘은 장소를 옮겨서 서울프레스센터에서 정신장애인 인권에 대한 문제를 가지고 100분 토론회를 진행하게 되었습니다. 기존의 토론회 방식하고는 상당히 많은 차이가 나기 때문에 청중들의 반응이 아마 토론하시는 분들한테 크게 집중될 것으로 생각합니다. 기존의 토론회는 좌장이 있고 발표자들이 5분씩 발표하고 다시 또 토론하는 방식인데, 이번에는 그런 형식이 아니라 여러분이 많이 보신 100분 토론이나 시사토론 같은 형식으로 진행될 예정입니다.

오늘 참가해 주신 패널분들을 먼저 소개해 드리겠습니다. 한국정신장애인협회 대구지부회장을 맡고 계시고 전국부회장을 맡고 계십니다. 김영학 선생님이 나오셨습니다. 그리고 한국사회복지시설협회를 대표해서 부회장을 맡고 계십니다. 태화샘솟는집 관장이신 문용훈 관장님 자리하셨습니다. 다음은 정신보건 학회를 대표해서 대한신경정신의학회 법사위원을 맡고 계신 사승언 원장님이 나오셨습니다. 그리고 멀리 부산에서 오셨는데요. 정신병원협회를 대표해서 부

회장을 맡고 계신 서덕웅 이사장님 자리하셨습니다. 그리고 전국 정신보건센터
를 대표해서 서울광역정신보건센터장을 맡고 계신 이명수 센터장님이 자리하
셨습니다. 그리고 남원에서 오셨습니다. 정신요양협회를 대표해서 회장직을 수
행하고 계신 하정섭 회장님이 자리하셨습니다.

오늘은 “어느 것이 옳다, 그르다”를 떠나서 정신장애인의 인권에 대해 주로
지역사회에서 일을 하시는 분들 그리고 주로 입원 및 입소시설에서 일을 하시
는 분들 이렇게 세 분씩 나오셨습니다. 그래서 그분들 각자의 입장, ‘정신장애
인 인권, 이대로 좋은가’에서 ‘강제 및 장기입원문제, 지역사회 관리 문제’를 중
점적으로 토론을 하도록 하겠습니다.

먼저 모두발언을 듣겠습니다. 각 패널들은 주제에 대한 생각을 2분 내로 짧
게 요약해서 말씀해주시면 좋을 것 같습니다. 순서상 좌우 한 분씩 하도록 하
겠습니다. 먼저 김영학 부회장님 부탁드립니다.

- 김영학: 만나 뵙게 되어 반갑습니다. 참석해 주신 가족분들께 감사드리고 우리 회원님
들을 만나뵙게 되어 참 좋네요. 그리고 학생들과 전문가 선생님들 참석해 주서
서 감사하고요.

사람은 누구나 천부적인 권리로 모든 인간이 행복하게 자신의 삶을 선택하
면서 살아갈 자유가 있다고 생각합니다. 그리고 모두가 그러할 수 있는 잠재적
인 능력을 다 갖추고 있다고 생각합니다. 하지만 정신장애인은 오랜 세월 동안
제도적인 혹은 사회적인 제한에 의해서 힘들게 살아오고 있는 것이 현실입니
다. 오늘 주제 중의 하나가 ‘강제입원과 장기입원’인데 여러 가지 문제에 의해
서 정신장애인들이 오랜 세월 병원이나 요양원에 있게 되고, 또 그런 시간으로
인해서 사회로 다시 돌아오더라도 오랫동안 사회에 적응을 못하고 힘들게 살
아가는 실정입니다.

1995년도에 정신보건법이 생기고 지역에 정신보건센터와 사회복지시설들이
생기면서 우리 정신장애인들에게 꿈과 희망을 주고, 많은 분들이 다시 직업재
활 등 자신의 원하는 삶을 살아가고 있습니다. 하지만 사회복지시설이나 정신
보건센터도 10여 년의 세월이 흐르면서 다시 사회로 나아가지 못하고 또 그곳

에서 오랜 시간을 보내는 그런 한계도 노출되고 있습니다.

여기 나오신분들은 병원이나 사회복지시설 등 뚜렷한 자신들의 기반이 있습니다. 하지만 저희 당사자들은 아직까지 우리의 이익을 말할 수 있는 그런 협회가 제대로 조직도 되어 있지 않고, 우리들이 힘을 모으고 싶어 만나려 해도 여러 가지 이유로 인해서 함께 모여 우리의 인권을 주장하는 것이 참 어려운 것이 현실입니다. 그렇지만 이렇게 국가인권위원회에서 내년도 정신장애인 인권 보고서를 발간하기 위해 지금 이 자리에 당사자를 불러준 것에 대해 지금이라도 참 다행이라는 생각이 듭니다. 그리고 현재 진행 중인 정신보건법 시행령이나 시행규칙 개정 과정에 정신장애인 당사자들이 전문가들과 함께 의논하고 연구하면서 당사자들의 인권과 이익을 증진시키는 일도 매우 중요하다는 생각을 합니다. 제가 오늘 이 자리에서 바라는 것은 우리 정신장애인들의 조직, 자조모임 등 우리 정신장애인들의 모임을 인정해 주는 그런 계기가 되었으면 하는 것입니다.

- 이영문: 매분마다 의무적으로 박수 치실 필요는 없습니다. 그러니까 진정으로 마음에 공감이 가셨을 때 박수를 치시고, 시간 관계상 박수가 시간이 너무 많이 걸리면 안되겠습니다. 다음은 서덕웅 이사님 모두발언 부탁드립니다.
- 서덕웅: 시간이 2분밖에 안 주어지기 때문에 짧게 하겠습니다. 그리고 제가 경상도 사람이 돼서 사투리를 좀 많이 쓰는데 양해를 하고 들어주시기를 부탁드립니다. 오늘 와보고 이렇게 열기가 높은 줄 몰랐습니다. 또 현장에서 우리 가족분들이 부탁하신 환자분들을 모시고 있는 입장으로서 오늘 이 논제를 다룬다는 자체에 대해 상당히 송구함을 느끼고, 먼저 ‘왜 이렇게까지 왔느냐’ 하는 부분에 대해 자책을 하고 있습니다. 저도 이쪽 정신과쪽에서 한 15년 이상 종사를 하고 있습니다마는 제가 두 가지만 압축해서 이야기하겠습니다. 가족들도 와 계실텐데 이제까지는 정신장애인의 삶이라고 할까, 그분들을 보살피고 보호해온 부분들을 가족들이 십자가를 지며 많이 감당해 오지 않았느냐. 물론 병원이나 기관이 있어서 했겠습니까마는, 그동안은 우리 정신장애인들과 가족, 그리고

여기에 국가와 병원, 지역사회가 같이 어우러져 왔는데 이제는 이런 모습을 좀 탈피해야 하지 않을까 라는 생각을 해봅니다. 이제는 정신장애인들의 삶을 가족과 연관시켜 풀어간다는 자체가 계속 다람쥐 쳇바퀴 도는 일이라는 점을 강조하고 싶은 것입니다.

선진국의 예를 보더라도 이젠 국가가 책임 질 일이지 가족에게 책임을 떠넘겨야 할 일이 아닙니다. 여기에 종사자들과 가족분들도 많이 참석하셨을텐데, 자기 가족들 중에서 한 분이 정신질환이 발병했을 때 받는 고통이라는 것은 정말 처절한 것으로 제가 알고 있습니다. 그래서 이러한 부분에 대해 이제는 국가가 많은 역할을 해야 한다, 이제는 보호자의 역할을 국가가 해 주어야 한다, 그래야만 이 문제가 풀리지, 이 문제를 자꾸 가족을 동원하고 이렇게 해서는 지금은 되지 않는다는 그런 결론입니다.

○ 이영문: 예, 알겠습니다.

국가 말씀이 나와서 그런데, 보건복지부에서 오셨습니까, 오늘 혹시? 제가 중앙지원단 사무국에 전화를 해 보니까 한 분이 오신 걸로 알고 있는데. 밖에 계십니까? 서울시청 보건과 관계 공무원들 아까 오신 것 같은데 계시죠? 계시고... 경기도청 계십니까? 예, 경기도청 계시고요. 다른 지방에서 오신 국가공무원도 계신지요? 수도권 외에는 없으신 겁니까?

알겠습니다. 국가에 대해서 결국은 요구사항이 많기 때문에 그런 이야기를 합니다.

다음은 이명수 센터장님 부탁드립니다.

○ 이명수: 안녕하세요. 이명수입니다.

구체적인 이야기는 토론에 들어가서 하면 될 것 같고요. 얼마 전에도 안 좋은 보도가 있었던 것 같은데, 최근에 우리나라가 정신질환에 대해서 지난 시대보다 조금 달라진, 어느 정도 수준인지를 가늠해 볼 수 있는 잣대가 몇 가지 있는 것 같은데요. 얼마 전에 상해사건이 있었잖아요. 정신질환으로 인한 상해 사건에 대해서 언론이 보도하는 태도가 최소한 속으로 어떻게 생각하는지는

모르지만 “격리를 해야된다.”라는 식의 보도는 안 하고 해결책으로, “정신질환에 의한, 아니면 정신질환이 의심되거나 아니면 그런 상해사건이 있을 때 지역사회에서 더 잘 관리를 할 수 있도록 해야 한다.”는 정도까지는 발전을 한 거라고 생각하고요.

또 최근의 분위기는 정신병원이나 요양원이 보다 개방적이고 인권친화적인 환경이 되어야 된다는 논리에 대해서 시설을 운영하시는 분들이 속으로는 여러가지 불만이 있거나 다른 의견이 있을지 몰라도 최소한 표면적으로는 그것에 수긍을 하는 정도의 분위기까지는 되지 않았나 라고 생각합니다. 지역사회 정신보건사업을 하는 입장에서 봤을 때 지금 국가인권위원회가 주도해 나가고 있는 ‘정신장애인 인권 관련 국가보고서’의 의미를 봤을 때, 사실 중증정신질환의 문제는 다른 소아, 청소년, 노인이나 인터넷중독이나 이런 문제들보다 훨씬 제도적으로 얽히고 설킨 뿌리깊은 문제가 있기 때문에 정책적인 노력을 통해서 해결해야 함에도 불구하고 그런 노력이 힘들어서인지 아니면 권한 밖이어서인지 모르겠지만 그런 것보다는 조금 더 시행하기 쉬운 사업 위주의 것이 많이 이야기가 되어지고 있고, 사업지침에도 내려가 있고 하는 그런 안타까움이 있습니다. 만약 그곳에서 안 된다면 인권위원회에서라도 장기지원에 대한 예방, 지역사회 서비스 체계로의 전환을 주된 골자로 다루고 있는 인권보고서가 국가 전체적으로 좀 강력한 드라이브로 작용을 해서 지역사업을 하는 사람들도 지역사회정신보건사업을 하는 사람들도 중증질환의 지역사회케어에 대해서 조금 더 전문적이고 좋은 서비스를 제공할 수 있는 방향으로 매진할 수 있는 그런 기회가 이번 보고서를 통해서 마련됐으면 좋겠고요.

오늘 토론회가 그것에 기여할 수 있는 자리라고 이야기를 들었습니다. 좋은 자리가 되었으면 좋겠습니다. 감사합니다.

○ 이영문: 알겠습니다. 다음은 사승언 위원 부탁드립니다.

○ 사승언: 사승언입니다. 저는 학회를 대표해서 나왔는데 사실 정신과의원과 입원실을 운영하고 있습니다. 저는 오늘 토론회에 초청받을 때 치료적인 문제에 대해서 이

야기를 들었습니다. 강제입원하고 장기입원, 그리고 커뮤니티케어에 대해서 어떤 의견을 갖고 있느냐 하는 질문을 들었을 때, 저는 아까도 잠깐 토론자분들과 얘기하면서 정신과 의사 한 지가 18년이 되니까 환자들하고 거의 가족과 같이 돼서 거의 일상생활, 저와 같은 경우에는 환자가 오면 거의 라이프플랜을 같이 세우는 입장에서 치료를 시작하기 때문에, 치료라는 문제는 가장 큰 목표가 단기간의 목표가 아니라 장기간 이 사람이 정말 그 사람의 삶의 질을 얼마만큼 향상할 수 있는가에 목표를 삼아서 어떤 방법을 쓸 것인가, 거기에 따라서 입원기간이 길어지기도 하고 짧아지기도 하고 가족들을 치료에 엮기도 하고 사회시설을 같이 잇기도 합니다.

그래서 그런 문제, 우리가 환자를 치료할 때 가장 중요한 삶의 질, 환자를 치료하는 것을 목표를 삼는다면 거기에 따른 여러 가지 방법이나 시스템은 많이 달라질 수 있을 거라고 생각합니다. 그래서 어떤 틀을 정해 놓고 “꼭 이래야 한다.”라는 것은 아마 그 틀 때문에 또 다른 모순점을 갖게 되고 어떤 면에서는 가장 중요한 환자의 치료받을 권리를 어떤 때는 빼앗을 수도 있다고 생각합니다. 그래서 그런 부분에 대해 오늘 토론회에서 많이 이야기가 되고 좀더 논의가 되어서 좀더 정신질환자의 삶의 향상에 기여를 했으면 좋겠습니다. 감사합니다.

○ 이영문: 알겠습니다. 치료에 역점을 두시겠다.. 하는 말씀을 하셨고요.

문용훈 관장님 부탁드립니다.

○ 문용훈: 한국사회복지사협회 대표로 나온 문용훈입니다. 소속은 태화샘솟는집입니다. 정신장애인 인권에 관련된 토론을 해 달라고 요청을 받았을 때 저는 처음에는 안 하겠다고 이야기를 했었습니다. 그랬더니 인권위원회에서 “그러면 누가 합니까?”라고 이렇게 얘기를 하시더라고요. 그래서 “제가 해야죠.” 이렇게 해서 토론회에 참석하게 됐습니다.

정신장애인의 인권문제를 다루는 대부분의 세미나에 참석하다보면 대부분이 입·퇴원에 관련된 문제, 또 치료과정 시 문제점들에 대해서 얘기를 합니

다. 이견 한편으로 보면 입·퇴원 시 나타나는 문제점들이 굉장히 크고 그로 인해서 지역사회에 생활할 수 있는 문이 닫혀져 있다.. 라고 판단할 수 있을 것 같습니다.

또 한편으로 보게 되면 여전히 정신장애인을 보는 시각 자체가 ‘여전히 보호를 해야 하고 우리가 관리를 해야 되는 사람으로 인식이 되는 것이 아닌가?’ 이렇게 생각이 됩니다. 개인적으로는 여전히 정신보건시설 이용현황 자체에서 정신의료기관이 차지하는 높은 퍼센테이지를 보면, 우리나라에서 가지고 있는 정책이나 이런 과정 자체가 여전히 정신, 만성정신장애인들을 고려하지 않고 있지 않나...라는 점을 보여준다고 생각합니다.

지역사회에 있는 시설을 운영하는 사람으로서 ‘정신장애인들이 지역사회에서 살아가는 데 필요한 것이 도대체 무엇이고, 또 그들이 어떻게 자신의 권리를 주장하는가’에 좀더 관심을 가졌으면 좋겠다는 생각을 많이 하는데. 오늘 이 토론회가 그런 것에 관심을 전환하는, 사회적 보호 차원이 아닌 정신장애인이 한 지역의 조직원으로 살아가는 데 관심을 돌리는 그 첫걸음이 되었으면 좋겠습니다.

○ 이영문: 알겠습니다. 마지막으로 하정섭 회장님의 모두발언을 들겠습니다.

○ 하정섭: 먼저 제가 이 자리에 참석하게 된 점에 대해 참 영광으로 생각합니다. 정신장애인의 인권뿐만 아니라 여러분이나 저나 모두에게 인권이 중요합니다.

그런데 저는 우리나라 헌법을 보면 34조에 ‘모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다’. ‘장애인은 인간다운 삶과 권리를 보장을 위해 국가와 지방자치에서 책임을 진다.’ 이런 내용들이 많아요. 또 ‘정신장애인은 네 가지 권리가 있다. 자유권, 존엄권, 평등권...’ 이렇게 많이 나열해 놓고 실질적으로 국가에서 법을 지키지 않습니다. 그건 왜 그러느냐. 감시체제가 약하다는 얘기죠. 그래서 우리 정신장애인들의 인권이 ‘강제입원한다, 장기입원한다.’ 왜 이런 문제가 나오는가. 저도 참 의심스럽습니다, 이런 문제들이 감시체제를 좀 더 강화해서 안 되면 인권위원회에서 국가가 법을 잘 지키도록 해야 될 것으로 보고 그 다

음에는 거기에 수반되는 예산을 뒷받침해 주어야 한다는 생각이 듭니다. 마치
겠습니다.

□ 강제입원률 90%에 대하여... □

○ 이영문: 알겠습니다. 모두발언에서부터 벌써 국가책임론을 말씀해 주셨네요.

오늘 한 가지 양해 부탁 드리겠습니다. 가족분들을 패널로 모시고 싶었는데
가족분들의 의견이 들어가서 당사자의 의견이 또 상반될 수 있다라는 그런 가
정 하에, 당사자들의 의견을 더 존중하기 위해서 가족의 패널은 저희들이 논의
끝에 뺐다는 것을 좀 양해 부탁드립니다. 특히 이영춘회장님 와 계신데 양
해를 해 주시기 바랍니다.

먼저 첫 번째 질문 하나 드리겠습니다. 작년에 김춘진 의원에 의해 국회에
상정안이 통과됐습시다마는 그때 발의의견 중 하나가 ‘강제입원이 90% 이상
다’라는 것입니다. 이런 일이 왜 발생하느냐를 보기 전에 ‘90%가 강제입원이라
는 것’에 대해서 어떻게 동의를 하십니까? 먼저 강제입원의 비율이 너무 높다
든지 등에 대한 이야기가 있으면 먼저 말씀을 부탁드립니다. 서덕웅 회장
님, 강제입원이 90%라는 것은 근거가 없다고 말씀하셨는데 혹시 먼저 말씀하
시겠습니까?

○ 서덕웅: 먼저 짧게 얘기하자면 오늘 이런 자리에서 제가 인권위원회에 정말 감사하다는
이야기를 드리고 싶습니다. 이유인 즉, 우리 정신장애인들의 삶이라든지, 정신
과 영역에 한 획을 그어준 곳이 제가 볼 땐 인권위원회이지 않을까 싶거든요.
그래서 어제도 제가 KBS 보도를 봤습시다마는 과거에 우리가 좋지 않았던 악
몽들이라고 할까 이런 부분들을 레벨업 시키고 보존시켜주는 것을 우리 인권위
원회가 했다고 생각하고 있습니다.

그래서 지금 현재 우리 병원협회에서도 윤리위원회를 만들어 이번부터 가동
하려고 하는데 지금 제가 알기에는 몇몇 병원들이 그렇게 합시다마는 현재 옛

날처럼 그렇게 하는 병원은 정말 없지 않나. 이제는 병원들의 의식수준도 많이 올랐고 모든 운영자들이라든가 선생님들이 정말 환자 편에 서서 하려고 노력하고 있습니다. 다만, 몇몇 병원들이 어떤 시대의 흐름을 모르고 있다는 생각을 하고 있습니다. 그래서 지금 강제입원이라는 이야기를 해보았을 때, 강제입원, 90%... 이렇게 되면 여기 가족들이 계시는지 모르겠지만 가족에 의한 입원도 전부 다 강제입원으로 봐야 하느냐 하는 부분이 이야기되어야 합니다. 그래서 제가 볼 때에는 강제입원보다는 자의입원, “정말 스스로 입원하는 비율이 왜 이렇게 작나..., 10%...” 이렇게 뒤집어서 이야기를 해야 되지 않겠느냐. 제출한 원고에도 나와 있습니다마는 강제입원을 90% 시켰다면 대한민국은 완전히 정신과의 사각지대고 전부 강제로 넣는다는 문제인데 이 부분은 나중에 얘기하겠습니다. 왜 이렇게 될 수밖에 없느냐.

병적 상태에서 그렇게 되는 것도 있고 우리 정신과적인 특징상 이렇게 될 수도 있는 부분인데 이걸 몽땅 다 강제입원이라고 넣은 것은 우리 김춘진 의원님이 아마 정신보건법을 만들 때 상당히 이 부분에 대해서 아직 정리가 안 된 게 아니냐. 그래서 저는 일단 지금부터라도 ‘왜 자의입원을 이렇게 많이 올릴 수 없느냐?’ 하는 부분을 검토했으면 좋겠다는 그런 생각을 갖고 있습니다.

○ 이영문: 전반적으로는 일단 강제입원 90% 자체가 너무 높게 나왔다는 것이죠.

혹시 여기에 대한 반론이 있으십니까? 이명수 선생님...

○ 이명수: ‘강제적이냐, 비강제적이냐’라는 용어상의 문제는 있을 수 있을 것 같은데, 데이터 자체가 크게 오류나지는 않았을 것 같은데요. 우리나라가 굳이 스스로 이렇게 비인권국가같이 비추는 통계데이터를 생산할 필요가 있겠느냐는 생각은 여러 번 하고 있습니다. 요즈음에는 제가 진료를 직접 안 합니다마는 옛날 레지던트 때의 경험으로 봤을 때에는 그때 환자분이 본인도 힘들고 그러면 치료에 동의하시는 경우가 있거든요. 치료에 동의를 하고 보호자가 어떤 경제적인 것에 대한 동의를 하게 되죠. 그런 경우에도 지금 비자의적 입원, 강제입원으로 카운트가 되겠죠. 그러니까 지금 90% 안에는 본인이 어느 정도 동의한 것

도 강제입원으로 잡힌다는 얘기죠.

저는 입원의 형태 중 보호자에 의한 입원을 세분화해서 환자분이 진짜로 입원에 반대를 하고 보호자와 의사가 치료의 필요성에 동의한 경우만 보호의무자에 의한 강제입원, 비자의적입원으로 분류를 하고, 환자분이 힘든 상황이지만 치료에 도움을 요청하는, 그리고 보호자가 그것에 대해서 동의를 하는 형태는 자의입원형태로 분류를 해야 하지 않을까라는 생각을 해 봅니다.

○ 이영문: 알겠습니다. 김영학 선생님도 당사자 입장인데 어떠세요?

○ 김영학: 강제입원이 발생한 근본적인 이유는 당사자가 입원을 원하지 않기 때문이죠. 그런데 왜 당사자가 정신병원에 입원하는 것을 원하지 않느냐. 우리가 감기에 걸리면 내과를 쉽게 가는데 정신병원은 못 갑니다. 처음에는 환자가 발생해도 가족이나 당사자 모두가 입원을 시키지 않고 곳을 한다거나 기도원에 가서 다른 방법으로 치료를 시도해 보는 거죠. 그 다음에는 시간이 많이 흐르고 강제로 입원시키지 않으면 안 될 상황까지 가는 것이고. 그렇게 되는 것은 사회적인 시선 때문이죠. 물론 미국이나 어느 사회에서도 정신병을 좋게 보는 데는 없지만. 유교적인 문화에서 우리나라는 더 심하기 때문에 꺼리고... 또 하나는 당사자가 병원에 입원했을 때 병원입원부터 병원생활, 퇴원까지 좋지 않은 어떤 그런 기억을 가지고 있기 때문에 입원을 더 꺼리게 된다고 생각합니다. 여기 강제입원비율이 90%라고 하는데 처음 입원할 때는 어쩔 수 없이 당사자가 병을 인정 못 해서 강제입원을 당하더라도 어느 정도 시간이 지나서 가족과 의료진이 당사자에게 입원의 필요성을 설명하고 그렇게 한다면 일단 프로테이지, 비율상으로는 훨씬 더 줄어들 것으로 생각됩니다.

그리고 또 하나 대다수의 가족분들은 발병한 가족을 빨리 입원시켜서 병을 회복시키는 데 도움을 주지만 환자가 여러 번 입·퇴원을 반복하거나 거기에 더하여 여러 가지 다른 사회적인 문제, 증상이 심했을 때 돈을 막 쓴다든지 이런 경제적인 문제라든가 아니면 또 집안의 종교갈등, 아니면 친인척이 결혼할 때 집안의 체면문제, 집안의 대소사, 이런 문제들로 인해서 강제입원시키는 경

우도 있다는 것이 문제가 된다고 생각합니다.

○ 이영문: 알겠습니다.

실제로 90%까지는 안 나오는데, 비자발적 입원 그 다음에 보호의무자의 입원을 좀 걸러달라는 말씀이신데. 실제로 병의원의 입장에서는 어떻습니까? 정신과 입원 현실에서, 실제로 불필요한 입원을 하기 위해서 강제입원의 비율이 높아지는 그런 응급서비스를 이용한 강제입원이 실제로 많은지요.

○ 사승연: 글썄요, 응급상황에서의 강제입원 케이스가 통계학적으로는 얼마인지 모르겠지만 많이 있다고 생각합니다. 그리고 사실 치료라는 문제는 저희가 항상 생각할 때 ‘환자들한테 도움을 주는데 환자들이 거기에 동의를 왜 안할까?’라는 부분이 굉장히 중요하다고 생각합니다. 여러분도 아시다시피 우리가 치료를 한다는 것은 가령, 암 치료 후의 다이어트라는 것은 식습관을 바꿔야 하는 문제인데, 그분이 다이어트에 동의하더라도 여태까지 살아온 방식을 바꾼다는 것은 굉장히 힘든 거거든요. 그렇다면 많은 사람이 다이어트를 하고 있음에도 실패하는 사람이 더 많은 것은 자기가 해 왔던 방법을 바꾸는 것을 잘 못하기 때문이거든요.

사실은 치료라는 의미에서 ‘치료’는 여태까지 살아온 방식, 또 가족이 대하는 방식 등 여러 가지를 바꿔야 된다는 것이고, 따라서 병을 치료한다는 것에 대해서는 모두 찬성하고 있지만 입원치료를 받고 외래치료를 받고 하는 것에 대해서는 잠재적으로 거부감이 있는 것이 사실일 거라고 생각합니다. 또 하나의 문제는 아까 우리 토론자분 중에서 “당뇨나 고혈압같이 자기가 스스로 관리할 수 있는 병 정도로 관리할 수 있다면 굳이 강제입원이나 치료라는 말을 붙일 필요가 없지 않겠느냐”는 말씀을 해주셨는데, 사실 정신과 환자의 가장 큰 문제 중의 하나가 본인이 병이라고 인정을 하고 그걸 받아들이는 분들이 그렇게 많지 않다는 것입니다. 그리고 또 가족들도 그게 병이라고 생각하지 않는 경우가 많기 때문에 치료에 대해서 거부감을 가질 수밖에 없고 본인이 거부하게 되면 같이 안 하는 경우가 많이 있습니다. 실제 얼마 전에 제가 치료했

던 환자 중 한 분은 보호자들이 치료에 대해서 별로 중요하게 생각을 하지 않았습니다. 저희가 치료가 중요하다고 아무리 설명을 하고 강조를 해도 설득이 안 되시는 분도 많이 있고 해서. 사실 강제입원이라고 할 때, ‘강제’라는 말이 들어가니까 굉장히 나쁘게 보고 있지만, 제가 소아정신과를 하는데 아이가 제가 원하는대로 잘 크고 바라는대로 되냐.. 꼭 그렇지는 않습니다. 올바르게 크기 위해서는 아이가 원치 않더라도 정말 해야 될 건 할 수 있도록 하는 게 필요하다고 생각합니다.

만일, 강제입원이 필요없다고 사회적 합의가 이루어진다면 그때는 원하는 사람만 해도 되겠지만, 사회 전체에서 보았을 때, 개인의 삶의 질의 가치를 봤을 때 과연 어느 게 더 중요한가..도 같이 봐야 될 것이라고 생각합니다. 그래서 저는 정신과 의사로서 꼭 입원이 필요한 경우에는 정말 권하고 어떤 설득을 해서라도 입원치료를 받게 하는데, 그런 경우에도 실패하는 경우가 많습니다.

그렇다고 해서 강제입원을 꼭 원하는 것은 아닙니다. 자발적으로 올 때 가장 동기가 좋기 때문에 모든 정신과 의사는 환자가 자발적으로 와서 입원하기를 원하지만 현실이 그렇지 않고, 또 우리가 세운 치료목표가 그렇지 않기 때문에 그런 게 부딪치는 것 같습니다.

- 이영문: 사승언 원장님께서 정신보건법에 대해 두 가지 단어가 굉장히 부각되면서 그것이 너무나 강조되는 나머지 전체적인 서비스의 형태나 이런 것이 조금 왜곡될 수도 있다라는 얘기를 해주셨는데요. 그 중 한 가지가 “자의입원을 했을 때, 본인이 퇴원을 원하면 즉각 퇴원시켜야 된다.” 라는 구절하고요. 그 다음에 “자·타해입원이 있는 경우에는 시도응급입원을...” 그 두 가지가 굉장히 많이 부각이 되는 것 같아요. 그러니까 자의입원이 법에 들어갔을 때 취지는 최대한 본인의 의사에 반하지 않고 같이 치료세팅에 들어오게끔 유도해 나간다는 가치가 더 우선되었을 텐데.

궁극적으로 드러나는 것은 사승언 선생님께서 소아의 비유를 들어서 “재는 이렇게 하고 싶은데 내가 봤을 때에는 저렇게 나가는 것이 좋다”, “환자분은 즉각 퇴원을 원하는데 치료진은 즉각 퇴원이 도움이 될 것 같지 않다.” 결국 내가

어떤 생활이나 판단을 해 나가는 것에 대해서 판단권을 누가 갖느냐에 대한 어떤 가치의 문제인 것 같은데요. 즉각퇴원이 너무 부각되다 보니까 의료기관에서 컨트롤이나 판단에 대한 것을 환자에게 주면, 마치 어머니가 비행청소년이 자기가 하고 싶은 대로 하는 것을 제대로 못 보는 것처럼 자꾸 의식적으로 그 자의입원형태를 최대한 안 하려고 하는 것 같고요. 자·타의 위험도, 그 얘기는 나중에 나올 테니까 그때 가서 또 하도록 하겠습니다.

- 문용훈: 제가 저희 기관을 다니시는 분들한테 “왜 이렇게 강제입원이 많을까요?” 하고 물어봤어요. 그랬더니 두 가지를 얘기를 하십니다. 하나는 ‘첫 번째 입원을 했던 경험이 너무나 아프게 남아’ 있고, 둘째는 ‘내가 언제 퇴원할지 모르기 때문에 입원하기가 싫다.’ 이게 어떻게 보면 가장 핵심이 아닐까라는 생각이 듭니다. 사람들이 ‘첫’ 자가 들어가는 건 다 좋잖아요, 첫사랑, 첫애인, 뭐... 다 좋은데. 이 경험이 굉장히 개인한테 아프게 다가오는 겁니다.

그래서 그 이유야 여러가지가 있겠지만, 강제입원이 90%가 넘는다는 것은 어떤 한쪽의 측면 가지고 설명하기가 어렵고 개인적인 측면에서는 첫 번째 입원에 대해서 가지고 있는 아픈 경험들 때문에 그 이후에 일어날 수도 있는 치료적인 환경도 거부를 하게 되는..이런 상황이 연결되기 때문에 강제입원으로 계속적으로 넘어가는 상황이 되는 것 같고. 또 두 번째는 아까 이명수 센터장님께서도 말씀하셨는데, ‘결정력 자체를 내가 가지고 있다’는 것이 제대로 공지가 안 된다는 거죠. 실제로 자발적으로 입원한 만성정신장애인에게 면회를 가서 “언제 퇴원하십니까”라고 물어보면, “글쎄요, 의사 선생님이 결정해 주실 때 퇴원하게 되겠죠.” 이렇게 대답을 한다는 거죠.

이건 사회적인 문제죠. 가족분들 중에 정신질환이 보이는 분이 생기면, 사회적인 편견이나 낙인 때문에 정확하게 얘기를 못합니다. 그러다 보니까 비전문가라든가 비전문기관에 대한 의존이 높아지고, 그러다 보니까 정말 힘든 상황이 되기 때문에 이 사람들이 입원하게 되고, 또 이걸 드러낼 수도 없기 때문에 문제가 되는 거죠. 그래서 아까 말씀드렸다시피 첫번째 본인이 가지고 있는 경험들, 기억들 그 다음 결정권이 없는 것 자체들이 어떻게 보면 이런 강제적인

입원의 비율을 높이게 하는 것이 아닌가 하는 생각이 듭니다.

○ 서덕웅: 저도 그 부분에 대해서 잠깐만, 희망적인 이야기를 하나 하겠습니다.

제 리포트에도 밝혔습니다마는 장기입원을, 강제입원을 하게 되는 가장 큰 원인 중의 하나가 첫 아픔이라고 했는데, 그 부분도 앞으로 병원을 운영하는 우리로선 ‘상당히 앞으로 좋아질 것이다, 지금 좋아지고 있다.’ 이렇게 보고 있습니다. 여기에 혹시 병원에 계시다 나오신 분들이 그런 예전의 아픔이 있었으면 앞으로는 그런 것이 없어요.

왜? 우리 인권위원회가 상당히 역할을 많이 해 주시고, 또한 병원들도 아마 옛날에 계셨던 병원에 다시 한 번 기회가 나서 보호사들을 만나보시면 언어 자체가 달라져 있을 겁니다. 옛날에는 반말하고 그랬지만, 이제는 ‘님’자를 붙이는 걸 알 수 있으실 겁니다. 만일 그러지 않으면 이제는 우리 병원협회에서 가만히 안 있을 겁니다. 그래서 이런 모든 부분에서 많이 변화가 있기 때문에 앞으로 희망은 조금 있겠다... 이렇게 생각을 합니다.

○ 이영문: 알겠습니다.

○ 사승연: 아까 청소년 얘기를 했는데, 입원할 때 청소년의 권리나 의지를 훨씬 많이 반영해서 변화를 줄 수 있도록 주안점을 두고 있기 때문에 조금 관점이 다르지요. 또 하나는 환자마다 치료 목표가 다르기 때문에 우리가 일반적으로 증상완화, 아니면 증상완화가 안되었다하더라도 환자가 적응할 수 있는 상태가 되면, 아니면 사회복지시설이나 어디 가서 적응할 수 있는 상태가 된다면 퇴원을 허가하기 때문에 목표에 따라서 치료계획이 달라지기 때문에 기간이 길고 짧은 게 중요한 것이 아니라 그 기간 동안 치료를 제대로 하고 있느냐가 더 중요할 거라고 생각합니다. 그리고 아까 얘기한 환자의 결정권에 대해 말하자면, 치료 단계에서 환자의 결정이 충분히 반영될 수 있도록 배려하는 게 당연한데, 그게 좀 안 되는 부분이 있기도 하다는 것이고, 사실 저희 같은 경우에는 그게 충분히 되고 있다고 생각합니다. 그리고 ‘치료한다’는 문제를 지금 환자에게만 국

한하여 얘기하고 있는데 사실은 환자만이 아니라 보호자가 환자를 어떻게 보고 보호자가 병을 어떻게 보는지 그런 게 더 중요하기 때문에 치료는 도털케어가 될 수 있다고 생각합니다. 그런 부분에서 사회복지시설이나 커뮤니케어가 더 많은 역할을 한다면 훨씬 더 입원 수가 줄어들지 않을까 생각합니다.

□ 재원일수와 입소기간이 장기화되는 원인 □

○ 이영문: 전체적으로 정리를 좀 하겠습니다.

다른 나라 특히 OECD 국가를 기준으로 했을 때 우리나라 강제입원율이 지나치게 높다는 것은 기정사실이고요. 그리고 이런 일이 발생하는 이유는 장기입원 문제하고 연관이 됩니다.

아까 당사자의 입장에서 김영학 선생님이 말씀하신 의무라든지, 그리고 이명수 선생님이 말씀하신 ‘당사자들의 의견을 반영할 수 있었으면...’, 정신병원 협회의 입장에서도 그렇고 장기적으로 보서는 ‘강제입원의 비율을 낮춰갈 수 있을 것이다.’ 이렇게 전망을 하셨습니다. 그래서 일단은 현재대로 가면 굉장히 높은 비중이기 때문에 이 비중을 국가의 중요한 인권지표로 놓고 퍼센테이지를 낮춰가는 작업이 중요한 과제가 될 거라고 생각합니다.

다음으로 내년 3월에 시행될 정신보건법상에서는 보호의무자가 최소 2명 이상으로 동의를 해야 입원이 가능합니다. 이것이 내년부터 바뀌게 되는 제도고요. 그리고 현재 논의 중의 하나가 ‘공공후견인 제도’와 ‘사회법원제도’를 통해서 비자발적인 입원에 대한 것을 극복하려고 하려는 방안이 있습니다. 아직 정신보건법상에는 보장이 안 됐습니다마는 보장된 곳으로는 정신병원에 입원을 했다가, 퇴원하시는 분에 한해서 치료가 재발이 될 가능성이 높다라든지 하는 부분에 대해서는 ‘외래치료명령제’를 도입할 수 있도록 그렇게 현재는 정신보건법 개정안이 이루어지고 있습니다.

우선 여기까지만 법상으로 정리하고 다음에 ‘왜 장기입원화가 되느냐?’ 라는 문제를 구체적으로 들어가 보겠습니다. ‘왜 재원일수가 장기화되어 있느냐?’

하는 문제죠. 전세계적으로 봤을 때 일본하고 우리나라가 입원일수가 가장 긴 나라로 되어 있습니다. 그래서 평균 6개월 이상에서 1년 정도까지, 혹은 1년 이상 장기입원화가 되고 있습니다. 이것에 대한 많은 이유들을 가지고 한번 논의를 해 보겠습니다. 아까 하정섭 회장님한테 기회를 못 드렸는데, 가장 입소기간이 긴 것이 정신요양원일 수밖에 없는데요. 왜 장기입원이 된다고 보십니까?

- 하정섭: 아까 제에게 기회가 없었기 때문에 우선 강제입원부터 조금 언급을 하고 시작하려 합니다. 요즘 보면 119로 응급출동하여 입원하는 경우가 종종 있어요. 무슨 전염병이라든가 에이즈라든가 이런 경우에는 강제입원을 시킬 수 있지 않습니까? 또, 우리나라 법에 의하면 어떤 흉악범도 무슨 범죄를 저질렀을 때 “당신은 어떤 법에 의해서 변호사를 선임할 수 있고...” 이런 권리를 주는데 정신환자는 그런 권한이 없지 않습니까?

그런데 정신장애인들이 입원하는 경우를 보면, ‘정신과 전문의의 진단이 있을 때 입원할 수 있다.’ 이렇게 해 놓았어요. 그게 법적으로 문제가 있다고 봅니다. 그래서 이런 법조항을 아까 보호의무자가 2인 이상이어야 되는데 거기에 전문가가 좀 더 참여를 해야 하지 않겠나... 이런 생각이 들고요.

방금 사회자께서 “요양원에 장기입원환자가 있느냐?” 라는 말씀을 하셨는데, 병원에서 5년에서 10년 이상 입원했다가 오신 분들이 대부분입니다. 이렇게 장기적으로 입원했다가 오신 분들이 많다 보니까 이분들이 갈 데가 없습니다. 10년 넘으면 보호자가 완전히 거리에 내버립니다. 아니면 주소도 감춰버리니까 거의 다 수급대상자가 되고, 이런 분이 입소하게 됩니다. 그러니까 어쩔 수 없이 보호를 하게 되는거죠.

요양원에는 사회적인 재활, 그러니까 치료 이런 것도 많이 합니다. 옛그제도 저희 요양시설에서 전국적으로 체육문화행사를 했는데요. 대전지역에서 썸머스쿨페스티벌이라고 어울림한마당 행사를 하였습니다. 여기에는 시설생활인 400명 정도, 자원봉사자 200명 정도가 같이 어울립니다. 이런 분들은 어디 나가려면 마음대로 나갈 수 있습니다. 그런데 이분들이 시설에 오래 있다 보니까 그냥 자기 집으로 생각을 하는 거예요. 옛날에는 입원해 있다가 퇴원명령이 떨어지면 다

른 데로 보내는 일도 있었는데 안 가려고 그냥 막 난리예요. 그래서 다른 시설에 가서 적응을 못 해서 결국은 사망하게 된다는 얘기가 되죠. 그러니까 이분들은 생활할 때 ‘이건 내 집이다.’ 이렇게 생각을 하게 됩니다. 지금 요양시설에는 외출, 제주도여행, 해외여행, 그리고 시설 내에서 본인들이 직접 인터넷도 할 수 있도록 그렇게 해 놨습니다. 전화를 못 하게 한다든가 통신의 자유가 없다거나 산책의 자유가 없다든가 이런 거 전혀 없습니다. 마음대로 할 수 있도록 지금은 시스템이 그렇게 돼 있어요. 그런데 일반인들이 생각할 적에 ‘정신요양원은 강제로 입원해서 장기적으로 오래 입원하고 있다.’ 이것은 잘못된 생각입니다. 제가 남원에서 시설을 운영하고 있습니다. 언제든지 오셔서 확인하시기 바랍니다.

○ 이영문: 죄송합니다. 요양원이 많이 변해 가고 있다라는 것은 저희들도 알겠는데요. 하여튼 장기입원에 대한 이유는 결국은 우리 회원분들이나 정신장애인들이 요양원을 너무 사랑해서 그런 건가요?

○ 하정섭: 아니죠. 그건 가족들에 의한 방치라고 볼 수 있죠.

○ 이영문: 가족들에 의한 방치? 알겠습니다.

○ 하정섭: 그게 제일 크다고 봅니다. 가족면회가 1-2년 사이에 한 번도 이루어지지 않는 경우가 거의 대부분입니다.

○ 이영문: 알겠습니다. 가족들의 방치, 아까 하나 더 말씀하셨죠.

이미 정신병원에서 장기입원이 돼 있는 상태에서 오기 때문에 더 우리 회원분들이 연로하시고 해서 갈 데가 없고, 한편으로는 가족들의 방치와 정신병원에서의 장기입원 자체가 정신요양원의 채용일수를 증가시키는 요인으로 작용한다. 이렇게 요약할 수 있겠네요.

서덕웅 선생님, 정신병원 입장에서 한 말씀 부탁드립니다. 장기입원을 오래 하게 되면 정신병원, 예를 들면 이득이라든지 이런 것이 더 많아집니까?

○ 서덕웅: 그 부분도 우리가 어느 시각에서 보느냐 하는 문제인데, 예를 들어 지금 사회자가 이야기하셨다시피 장기입원을 시키는데 전제가 많은 사람을 데리고 있으면 상당히 문제가 있는 거죠. 자, 한번 생각해 봅시다.

20대가 되면 처음 발병을 합니다. 병적인 상태에 따라서 다르겠지만 나이가 들어갈수록 어떤 액티브할 때 나타나는 간격이 길어질 뿐이지, 그것이 소멸되지는 않지 않습니까? 우리 정신과 영역이라는 것이. 의사들이 사회에 나가서 생활 수 있을지 여부를 판단하는 부분인데.

사실 병원의 경제수지는 상당히 악화돼 있습니다. 예를 들어서 지금 인권위에서도 알아보셨겠지만 제대로 의료인력을 갖추고 병원을 운영하려면 최소한 월 2000만원, 3000만원 적자를 봐야 합니다. 그렇게 봤을 때, 장기입원을 많이 시킨다고 해서 어떤 경제적인 이익이 있는 것은 아닙니다. 단지 재원일수가 장기화되는 큰 이유는 아까 우리 하정섭 회장님도 얘기 하셨지만 저는 가족들의 입장을 100% 인정합니다.

가족 중에 정신병력이 있는 분이 한 명 생기면 거의 요새는 보험이 되지만 옛날에는 잘 살던 집들도 전부 다 전셋방으로 가게 되고... 그리고 그것이 하루 아침에 낫느냐? 계속 병원 들락거리다가 그 다음 요양원에 갔다가 이렇게 되고... 요새처럼 사회인프라나 커뮤니티케어가 많이 있으니까 갈 곳이 있지 옛날에는 없었지 않습니까? 자꾸 그런 어떤 누적되었던 것들이 남아서 그런 것 같고... 그래서 자꾸 이걸 가족에게 책임을 지우기에는 해결이 안 되고 또 장기로 가게 되겠지요. 그래서 이걸 국가가, 예를 들면 지금 같은 경우, 의사의 퇴원지침이 떨어지고 가족에게 “오십시오.” 하면 안오지만, 만일 국가가 일정정도 책임을 져서 지역사회에서 머무를 수 있게 하고, “이분은 나가서 생활해도 괜찮겠습니다”라고 한다면 자의로든 보호의무자 동의로든 나가게 되어 있다는 거죠. 그분이 나가서 오늘 저녁 당장 갈 곳이 있으면 퇴원한다고 저는 봅니다. 가족도 동의할 것이고. 그러나 아직 사회에서 인프라가 구축되지 않고, 병원에서 나가라고 하고 가족을 부르면 “내가 집에 데리고 가서 어떻게 할 것이냐?”라고 한다는 거죠.

○ 이영문: “국가와 지역사회에서 갈 곳을 안 만들기 때문에 장기입원이 된다.” 이 말씀이 시죠?

○ 서덕웅: 국가가 책임지라는 것이죠. 퇴원지침이 내렸는데도 가족들이 인수를 못하면 사회복지과 직원들이 그분들을 쉼터나 요양원 쪽에 연결시켜줘서 잠깐 정신 차릴 여유가 있도록 해줘야 한다는 거죠. 이런 부분에는 국가의 도움이 있어야 한다는 겁니다.

다른 하나는 지금 왜 이렇게까지 재원일수가 늘고 장기입원이 되느냐? 현재 우리나라 환자의 80%가 의료보호 대상자입니다. 이들에 대한 포커스를 어디에 맞춰야 되느냐? 의료보호환자, 나쁘게 얘기하면 살기 힘든 분들의 환자나 가족들을 생각해야 한다고 저는 생각 합니다. 다행히 이번에 국가가 의료수가를 차등 지불하면서 대학병원 같은 곳의 수가를 좀 많이 올리도록 해 놨습니다. 건강보험의 거의 80% 도록 만들어놨는데...

예전에 의료보호 1, 2종 환자였던 분들 중에서 발병 후 대학병원에 입원할 때 원활하게 하신 분 별로 없을 겁니다. 이 말은 무슨 말이나? 수가를 80만원밖에 주지 않으니까 대학병원에서 그분들을 모시고는 수익이 안 된다는 거죠. 그래서 20대 초기 쯤 발병했다고 가정했을 때, 그때 제대로 된 전문가한테 치료를 받았으면 빨리 나아질 수도 있었을 것을 그런 치료의 시기를 놓치고 기도원 같은 곳을 전전하다 보니까 치료시기를 또 놓치고... 대한민국의 환자들이 만성화되어가는 근본적인 원인은 거기에 있다고 볼 수 있습니다. 이것은 아까 제가 그런 얘기를 했지만 못 사는 게 죄다. 그런데 이제는 2만불, 3만불이 넘어가면 저는 이것도 다 해결된다고 생각합니다.

○ 이영문: 올바른 시기에 치료를 제대로 못하는 것도 장기입원의 원인이라고 보시는 겁니까?

잠깐 점검하고 가겠습니다. 가족의 방치에 대한 이야기가 여러 곳에서 나오고 있는데 잠깐 객석에 발언권을 드릴게요. 이영춘회장님이 나와 계신데, 실제로 장기입원에 대해서 가족들이 요양원이나 정신병원에다 방치를 하기 때문에 장

기입원이 되신다고 보십니까? 재원일수가 길어지는 이유에 대해서 가족협회 입장을 잠깐 듣고 가겠습니다.

○ 이영춘: 가족들의 방치로 인해서 재원일수가 늘었다기보다는 사회적 인프라가 안 되어 있기 때문이죠. 지금 같은 핵가족 형태에서는 부모에게만 법적인 책임을 묻지 형제, 자매에게도 책임을 안 묻지 않습니까? 그러니까 결국 국가가, 사회가 그것을 담당해 주어야 하는데 그것이 아직 인프라가 구축이 안 돼서 그렇다고 저는 생각합니다.

○ 이영문: 알겠습니다. 사회적인 인프라가 구축이 안 되었다. 그러면 정신보건센터나 사회복귀시설이 지역인프라를 갖춰가야 할 입장에 있는데 현실적으로 어떻습니까?

일단 이명수 센터장님께 먼저 여쭙게요.

○ 이명수: 현실적으로는 어려운 것 같고요. 서울, 경기도는 그래도 많이 노력을 하고 있는데 전국적으로 보면 ‘전체 평균은 많이 어려운 것 같다.’라는 생각이 들고요. 아까 “의료급여가 건강보험 치료수준의 50%밖에 되지 않는다. 그렇기 때문에 의료급여를 적정화해서 치료수준을 올려야 된다. 그리고 차등수가제를 해서 이렇게 경제적인 흐름을 만들어야 된다. 그런데 병원이 경제적으로 어렵다.”라고 하다가도, “그런데 왜 병상은 계속 느나요?”라는 질문이 들어오면 저도 “잘 모르겠다.”고 대답을 할 수밖에 없거든요. 이 부분은 아직 물음표인 것 같고요.

아까 자의입원에 대한 말씀을 잘못 이해하신 것 같은데요. 입원을 할 때 치료진과 환자 가족이 어떻게 자의입원으로 유도를 해 나가면서 “당신의 이러한 치료를 위해서는 대략 이 정도의 기간이 필요하고, 이리이러한 기간 동안 이런 정도의 증상이 완화가 되면 퇴원을 해도 좋다.”라는 식의 어떤 계약이나 이와 유사한 것을 통해 상호간에 예측가능한 형태로 되지 않고, “언제든지 환자가 원하면 즉각 퇴원할 수 있다.”라는 조항이 그냥 살아 있는 한에는 의사나 의료기관의 특성상 그런 식으로 치료를 유도해 나가는 사람은 별로 없을 것 같다는

생각이 들거든요. 그래서 그 자의입원에 대한 조항을 조금 더 상호보완적인, 상호협약적인 쪽으로 보완해 나가야겠다는 생각이 들고요. 결국 권한과 책임의 문제인데요. 보호자의 권한을 거스르면서 국가나 사회가 책임을 질 수는 없지만 보호자의 권한을 넘어서는 행사를 할 경우 제동을 거는 장치로 심판위원회가 있습니다. 보호자가 아무리 반대를 하더라도 환자가 치료를 원하지 않고 치료진이 퇴원이 가능하다는 의견을 내고 심판위원회가 퇴원을 명하면 퇴원을 할 수 있어요.

그 정도까지는 “누가 무엇을 한다.” 라는 것까지 명확하게 되어 있는데, 그 다음 단계의 책임을 국가가 질 수는 없죠. 그러니까 국가가 보호자의 권한을 넘어서는 책임을 질 수가 없기 때문에 결국 보호의무자한테 계속 끌려가게 되는 것이고 그래서 장기입원이 되는 것 같아요. 저는 두 가지 명제가 다 참이라고 주장합니다. 지역사회에서 증상과 장애를 가지고도 깨끗하게 열심히 잘 재활해 나가시는 분 옆에는 분명히 좋은 가족이 있다. 반대로, 기능이 좋음에도 퇴원을 하지 못하고 장기입원해 있는 환자 옆에도 이해도가 낮고 어떤 면에서는 좀 나쁜 가족이 있다. 가족은 그런 면에서 양쪽에서 다 똑같은 것 같고요.

물론 회장님이 말씀하신 것처럼 안타까운 경우도 있겠죠. 인프라가 있으면 도와줄 수 있는데 그게 안 되기 때문에... 어찌하였든 저는 장기입원의 가장 큰 요인은 보호자요인이라고 생각합니다.

- 하정섭: 제가 정신장애인 관련 세미나에 참석해 보면, 모든 부분에서 항상 이렇게 접근을 합니다. 저는 그렇게 생각합니다. 실질적으로 환자의 입장에서, 우리 가족의 입장에서 생각을 하면 어려울 것이 아무 것도 없다. 당장 우리가 커뮤니케이션 얘기를 하고 있지만 이에 대해 살펴보면, 낮 주간에는 갈 곳이 있지만 야간에는 갈 곳이 없다는 말을 많이 합니다. 지금 대부분 물어보시면 가족들이 가장 많이 신경 쓰는 부분이 저녁에 주무시는 문제입니다. 이는 환자들도 마찬가지입니다. 정신장애인들도 아까 아픈 기억을 얘기했습니다마는 우리가 흔히 보면 정신장애인 문제는 유전적인 원인에서 오는 것도 있겠지만 사회학적으로 볼 때는 가족간의 갈등이라든가 고부간의 갈등이라든지 여러 가지 문제에서 오는

겁니다.

그런데 퇴원을 하고 가더라도 똑같은 환경이 반복된다는 거죠. 가보면 정말 아픈 기억이 있어서 가기 싫은 곳이죠, 퇴원하더라도. 물론 나오고 싶어서 나왔는데. 그래서 아까 인프라 이야기가 나왔습니다마는 인프라가 구축이 되고 나면 좋아지지 않겠느냐 하는 생각을 하고 있습니다.

○ 이명수: 맞는 말씀이신데요. 그 논리로 따지면 서울시에서 설치한 주거시설과 입소시설에는 대기자가 차고 넘쳐야 합니다. 그런데 그렇지 않거든요. 그러니까 가족협회나 전문가들은 다 “주거시설 부족하다, 부족하다.”라고 얘기를 하고 그래서 고맙게도 서울시는 여러 가지 전략을 가지고 돈 들여서 입소시설을 만들고 하지만, 단순히 인프라 부족, 물론 굉장히 중요한 요인은 맞는데 그것에만 있다고 하면 지금 얼마 안 되는 인프라에 대기자가 줄을 서고 기다려야 되거든요. 그러나 그렇지 않다는 것입니다.

○ 이영문: 알겠습니다. 문용훈 관장님 말씀 더 듣고 가겠습니다.

○ 문용훈: 시설입소에 계신 분보다 지역사회에서 생활하시는 분들이 더 행복해야 됩니다. 그런데 그렇게 사회적인 환경이 되느냐가 중요하죠. 그리고 주거시설 얘기를 대부분 많이 하시는데, 가족분들에게 “필요한 서비스가 뭐니까?”라고 물어보면 1번이 뭘까요... 1번은 ‘재정적인 지원’이에요. 그럼, “2번은 뭐니까?” ‘우리 아이를 책임질 수 있는 시설’이고, 3번이 다른 거고 한 6번 정도가 ‘심리적인 상담’입니다.

반면 정신장애인들한테 물어보게 되면 “당장 필요한 게 주거시설입니까?” 이렇게 질문하게 되면 “주거시설 필요합니다.” 하는 퍼센테이지가 80%가 넘어요. 그런데 그 다음 질문으로 “그러면 당장 주거입소하시겠어요?”, “아니요.”, 그렇게 대답을 하죠. 실제로 주거로 가겠다는 분은 20%밖에 안 되는 겁니다. 그런 뒤냐 하면 앞에 말씀드렸다시피 시설에 있는, 그러니까 입원 혹은 요양시설에 있는 것이 주거시설에서 경험하게 되는 것보다 더 고통스러울 수 있다는 걱정

들이죠.

아까 말씀을 해 주셨는데 퇴원명령 퍼센테이지가 낮기는 하지만 실제 퇴원 명령을 하게 될 경우, 퇴원명령을 못 받는 부류를 봤으면 좋겠어요. 첫 번째는 고령의 환자들이죠. 나이가 좀 많으신 분들. 이미 정신요양시설의 16% 이상이 고령의 환자들이고 사회복지시설도 제가 처음에 ‘샘솟는집’에 있을 때만 하더라도 평균연령이 28세였는데 지금은 40세가 됐습니다. 그러니까 이제 60세가 되어가는 분이 꽤 많이 계시죠. 두 번째는 무연고자, 세 번째는 아마 이중장애가 있는 분들. 이런 분들이 아마 퇴원명령을 거의 못 받는 부류일 겁니다. 그래서 이런 분들에 대해서 어떤 적절한 조치를 취해서 지역에서 사는 것이 병원이나 요양시설에 입소하는 것보다 더 행복하다, 아직 모르겠지만 덜 행복하지는 않도록 하는 구축을 하는 게 필요하다는 생각이 듭니다.

○ 이영문: 알겠습니다. 최종적으로, 장기입원에 대한 이유를 정신장애를 앓았던 분들의 이야기를 대변해서 듣겠습니다. 김영학 부회장님 입장에서는 왜 장기입원이 되고 있다고 보시나요?

○ 김영학: 앞의 분의 말씀을 듣다 대답을 하려고 하니깐 여러 가지가 막 섞이는데, 일단 장기입원이 되는 가장 큰 이유는 이 병의 특성상 만성화가 될 수 있다는 점, 두 번째는 병원 안에서 오랫동안 치료를 받아도 치료가 잘 되지 않는다는 점, 그리고 오랜 입원 후에 퇴원하여 사회로 돌아오면 사회에 적응을 못 하니깐 다시 돌아가게 되는 점, 그리고 아까 이야기했던 가족의 방치. 그리고 또 하나는 오래된 대형 병원들은 기초생활수급권자를 쉽게 입원시키고 가족들도 쉽게 동의하고... 그런 문제들인 것 같습니다. 그리고 또 오랫동안 병원생활만 하다 보니까 “사회에 나와도 나는 다시 돌아가겠다.”라는 생각들을 하게 되는 것.

제가 아는 형님 친구의 선배가 25년을 병원에 있다가 제가 이런 곳에 근무를 하고 있다고 하니깐 잠깐 낮시간대에 차를 타고 저한테 오신 적이 있어요. 그런데 한두 시간 있으니까 “나 돌아갈래”하고 돌아가는 겁니다. 그리고 또 약간 민망한 문제입니다마는 어떤 민간의료기관이 있으면 또 그것이 장기입원과 연

관되지 않나 싶고요. 그리고 계속 입원심사제도의 문제도 있습니다. 사회에 나갔을 때 낮시설, 사회복귀시설, 정신보건센터에 있다는 것도 그렇고... 밤에 잘 수 있는 주거시설에 왜 우리 회원들이 안 가느냐? 이걸 우리나라 가족들이 문화적으로 그런 곳에 보내는 것을 환자를 갖다버린다고 생각하기 때문이고, 또 하나는 현재 주거시설에 인건비를 빼고 나면 프로그램비나 운영비가 매우 적습니다. 겨울철에 우리 회원분들이 주거시설에서 따뜻하게 지내려고 보일러 틀고 나면 4-50만원이 들 수 있습니다. 그렇지만 운영비는 20만원 정도 나오거든요. 제가 주거시설에도 근무한 경험이 있습니다. 그런 관점에서 볼 때 어떤 주거시설로 들어가게 하려면 인건비 외에 프로그램 운영비 이런 것이 현실화되어야 합니다.

그리고 정신병원에 5년, 10년 이렇게 오랫동안 있다 보니까 어쩔 수 없이 요양원에 가게 된다고 했는데, 지금 아마 40대 이상 되신 분들은 정말 사회로 돌아가기가 쉽지 않을 겁니다. 그러나 우리가 여기서 이렇게 토론하는 이유는 나이가 드신 분의 경우에는 그대로 요양원에서 편안하게 도움을 받는다 하더라도 그렇지 않은 분들은 장기입원으로 사회적응이 더 떨어지기 전에 가능하면 빨리 사회로 복귀해서 사회복귀센터의 도움을 받고 좀 더 심하다 싶으면 필요한 경우 가족 주거시설을 이용하고. 이런 것들을 하자는 취지에서가 아니겠습니까? 그리고 지금은 20년 전에 비해 훨씬 좋은 약도 많고 좋은 주거시설이나 이용시설도 있지 않습니까? 그런 것에 희망을 가져야 되고. 아까 주거시설 이야기를 하면서 가족의 방치, 저도 그런 말을 했습니다마는 가족이라는 건 역으로 중요한 자원으로 볼 수 있지 않나. 선생님도 말씀하셨지만 주거시설이 있는데 환자들이 안 간다. 좋다고 하면서 안 가는 이유, 그것은 정신병원하고 큰 차이가 나지 않기 때문이죠.

그래도 정신병원 같은 곳은 오랜 노력에 의해 법적으로 제도화가 되었는데 반해, 주거시설은 시한도 몇 년 안 되었고 거기에서 정말 인건비 빼고 얼마 안 되는 것으로 잘해 주고 싶어도 회원들에게 잘해주기 어렵습니다. 그래서 이런 말이 조금 앞선지는 모르겠지만 가족이라는 자원을 이용해서 어차피 내 형제, 내 자식이 아프다면, 내 자식을 케어해준다고 생각하고 두세 명을 더 데리고 그룹홈이나 그

보다 더 적은 규모로 주거시설을 운영하는 것은 어떤가 하는 거죠. 그러면 가족이라는 정적인 안정, 인건비용문제 같은 데에도 도움이 되지 않을까 싶습니다. 이럴 경우, 사회복지시설이나 주거시설 등은 당사자들이 직접 운영할 수도 있습니다. 충북 대구에서는 당사자들이 자기 친구들을 한두 명씩 데리고 같이 먹고 자고 하는 일도 생기고 있거든요. 이런 것을 제도화해서 가족이나 당사자의 자원을 긍정적으로 바꿀 수 있는 방법을 연구해야 되지 않을까 싶습니다.

- 이영문: 알겠습니다. 마지막 질문에 대해서 제가 답을 같이 드리겠습니다. 내년 정신보건법 개정안 입법예고안 마지막 부분에 그 내용이 들어가 있습니다. 가족들의 입장과 정신장애인협회의 의견을 받아서 4인 이하의 공동주거홈을 운영하도록 하는 거죠. 그러니까 인건비 부분이나 이런 것이 많이 소용이 안 되도록 일반인들도 운영할 수 있는 4인 이하의 공동홈이 입법예고안에 현재 들어가 있는 겁니다. 그래서 그걸 활용하시면 아까 김 선생님께서 이야기하셨던 충북에서 일어나고 있는 일들에 대해 많은 지원이 되리라고 봅니다.

김영학선생님께서 여러 가지 장기입원에 대한 얘기를 하셨는데, “입원해 보니까 치료가 정말로 어렵다, 치료가 어렵고 사회적응을 못해서 돌아가다 보니까 여기저기 돌게 된다”라는 이야기를 하셨습니다. 그리고 본인께서 아프신 경험으로 봐서 “20년 전보다는 지금 현재 좋은 치료들이 많이 나오고 있다.”고도 말씀을 하셨습니다. 서승언 원장님, 처음부터 치료에 대한 관점이 중요하다고 하셨는데 장기입원을 줄이기 위해서 적기에 치료를 하면 장기입원을 대폭 줄일 수 있다고 보십니까?

- 서승언: 네, 그 부분은 굉장히 동의하는 부분이고 아까 서 부회장님이 얘기하셨는데요. 사실 치료 문제에서 가장 중요하게 여기는 것이 환자 수하고 의사, 치료진의 문제인데, 이 비율을 결정하는 건 수가입니다. 이명수 선생님이 ‘수가가 그렇게 문제가 되는 데도 불구하고 병상 수가 늘어나는 것’에 대해서 대답을 못 하겠다는 것에 대한 사실은 실제 적자를 보면서 운영하고 있기 때문입니다. 보험공단 자료를 보면 일산병원도 보험만 가지고 하면 적자라고 나와 있습니다. 그리

고 서울대병원의 경우에는 비급여 항목이 많고요. 이런 것들은 우리나라 병원 보험체계를 볼 때, 모든 보험정책 예산을 먼저 정하고 다른 부분들에 대한 정책을 수립하기 때문에 일어나는 현상이라고 생각합니다.

그래서 첫 번째로 우리가 흔히 얘기하는 박리다매, 환자를 많이 받아야 돈을 번다. 두 번째가 비급여를 많이 해라, 또 하나의 의료의 수를 늘려라. 이는 모든 대형병원이 하고 있는 일입니다. 그런 것들을 하기 위해서 병원은 영리를 추구하는 건데, 사실 치료의 질을 결정하는 것은 돈이 얼마만큼 들어가서 인력을 뽑고 돌아갈 수 있느냐의 문제이고, 그런 문제에서 아마 수가가 좀 올라가면 낫지 않나 라고 생각합니다. 지금 모 대학병원에서는 입원실을 폐쇄한 경우도 있습니다. 그곳은 수가가 안 들어가기 때문에 아예 폐쇄를 했습니다. 어떻게 정신과가 폐쇄병동이 없냐고 하는데 그런 대학병원이 있을 정도로 지금 모든 의료가 공공재라고 하지만 사실은 국가에서 하는 도립병원, 국립병원 외의 모든 병원들이 자기 돈을 투입하여 운영을 하기 때문에 영리성을 따질 수밖에 없습니다. 그래서 그런 부분에서 치료의 질 자체도 수가가 많이 결정하고 있고, 또 하나는 아까 말씀을 하신 대로 보호의무자, 가족들을 얼마만큼 초기 치료에 끌어들이느냐가 굉장히 중요하다고 봅니다. 그래서 저 같은 경우는 치료 초기에 환자 보호자들한테 정신보호의무자의 의무에 대해서 얘기를 꼭 해드립니다. 그리고 “당신이 이걸 협조 안 할 때는 강제퇴원을 시킬 수 있다.”는 얘기를 꼭 드리는데, 가족들이 치료에 처음 개입하게 되면 환자의 상태나 병의 상태 그리고 앞으로 어떻게 할 것인지 알게 됨으로써 환자를 방치하는 비율이 굉장히 떨어지게 됩니다. 또 조금만 노력하면 도움이 될 수 있고 자기가 역할을 할 수도 있고요. 또 우리 보호자들은 자기가 어떤 역할을 할 수 없다는 것, 의사한테 다 맡기거나 아무것도 할 수 없다는 것에 굉장히 큰 무력감을 느끼는데 그렇게 개입하게 되면 장기입원을 좀 줄일 수 있지 않나 생각합니다.

그리고 또 하나의 문제는 지금 인권위에서 중요하게 다루는 것 중에 하나가 의사들의 비양심적인 사고로 인한 장기입원을 줄이겠다는 것인데, 아마 예산이 증액되지 않고 그렇게 하게 되면 부작용이 생긴다는 것은 여태껏 역사가 입증하고 있기 때문에 신경을 써야 될 부분이라고 생각합니다.

○ 이영문: 알겠습니다.

○ 서덕웅: 이걸 항상 우리 병원협회를 얘기할 때 하는 이야기인데, 학회에서도 많이 이야기를 하시는 부분이고. 왜 적자본다면서 병상 수가 늘어나느냐의 문제, 그래서 이 문제를 가지고 우리 협회에서도 상당히 고민해봤습니다.

그런데 결론은 여러분도 아시다시피, 정신질환이 옛날에는 장애로 안 들어갔습니다. 그런데 정신질환을 정신장애로 분류를 하고 나니 의료보호 쪽으로 카드가 나왔습니다. 그렇게 되다 보니까 우리 협회 조사에 따르면, 1980년도 이후부터 병상이 급격하게 늘어나고 있더라고요. 그러니까 옛날에는 재정적인 부담 때문에 병원에 못 오시던 분들이 이제는 다 병원으로 환자들을 데리고 나왔다는 거죠. 그래서 일시적으로 이걸 어쩔 수 없는 부분이다. 그래서 이 병상수가 늘었다는 건 좋게 얘기를 하면 가정에서 있던 우리 환자분들이 이제는 치료 영역쪽으로 넘어왔더라는 것을 뜻하기도 합니다.

그리고 2003년도 시스템 자료를 봤습니다. 보니까 선진국인 미국이나 일본이나 스위스나 다 1960년대 이때가 GNP가 2만 5000불을 넘길 때입니다. 그때부터 환자가 급격하게 줄기 시작해서 2000년대 와서는 환자병상률이 엄청나게 떨어졌습니다. 그런데 우리나라는 이제야 1980년대부터 커브가 올라가기 때문에, 자꾸 모든 것을 돈하고 연관을 합니다마는 GNP가 올라가면 우리 홈케어 부분에서 충분히 국가가 역할을 할 수 있게 되는 것입니다.

한 명의 정신장애인을 치료하려면 의사, 소셜워커 등 한 팀이 붙어 가지고 그야말로 피나는 노력을 해야 합니다. 그런데 지금 우리나라는 돈이 없다가 선생님 혼자 환자 보시기도 바쁘시고 또 워커도 몇 명 안 계시니까 이렇게 됐다고 하는데. 그래서 이런 부분은 제가 볼 때 병상수 부분은 너무 걱정 안 해도 자연적으로 해결되지 않겠느냐, 그래서 오히려 중요한 건 우리가 보살피는 환자를 사랑하는 마음, 이 자체를 경영자들이 가지면 더 좋지 않겠나 하는 생각을 갖고 있습니다.

□ 장기입원을 줄이기 위한 방안 □

○ 이영문: 알겠습니다. 참고로 현재 우리나라 병상 수는 공식적으로 국가정신보건 10개년 계획을 발표할 때 6만 2000 병상으로 정신요양원 수까지 카운트를 했습니다. 세계보건기구에서 권장하는 것은 지역사회정신보건시설이나 재활시설이 많고, 인구 1000명당 1병상의 규모를 유지하는 것인데, 그렇게 봤을 때 우리나라는 약 4800만명의 인구로 본다면 약 5만병상 정도의 규모가 적절하지 않은가, 현재 저희는 그렇게 보고 정신보건의 자원 중에서 입원에 대한 시설을 5만병상까지 낮춰가는 방법을 찾고 있습니다.

여러 가지 이야기가 나왔는데요. 가족의 입장에서는 “사회적 인프라가 부족하기 때문이다, 사회적 인프라가 지역적으로 많이 불편하고, 수가문제로 인해 치료가 어려운 점이 있고, 결국은 국가가 나서서 정신보건에 대한 큰 틀에서의 책임과 역할을 해 줄 필요가 있다.”라는 이야기로 돌아가는 것 같습니다.

수가문제는 잠깐 넘어가겠습니다. 이 문제만 가지고는 해결이 안 되기 때문에, 직접 지역사회 관리 쪽의 이야기로 들어가겠습니다. 10월 1일부터 지역사회 전체의 입장에서 입원을 할 때 병원의 규모나 인력기준에 따라 의료급여 입원환자에 대해서는 수가가 달라지게 되죠. 이것이 1등급에서 5등급으로 나뉘는데, 이것이 장기입원을 해결할 것인가 하는 것은 조금씩 언급되었기 때문에 제외하겠습니다.

‘정신보건심판위원회가 큰 광역단위로 있던 것이 각 지방자치단체별로 240개로 쪼개져서 계속 입원을 심사하게 됩니다, 6개월 이상 된 분들에 대해서 입원을 판정하게 되면 과연 장기입원이 줄어들 것인가’ 하는 문제만 잠깐 언급을 하고 다음 질문으로 들어가겠습니다. 플로어에서 질문이 그렇게 들어왔습니다. “입원판정 심사를 어떻게 할 것이냐?”. “조기입원 결정을 어떻게 할 것이냐?” 이명수 선생님께서 먼저 “심판위원회 활동자체가 계속 입원일수를 줄일 수 있을까”에 대해 답변을 해주시겠습니까?

○ 이명수: 그러니까 모든 질문에서 결국 마지막에는 국가의 책임이 나오는데요. 국가가

역할을 해야 된다는 말은 모든 말의 정답일 수가 있기 때문에 그 얘기는 잠깐 접고, 돈을 더 많이 써야 되고 예산을 충분히 투입해야 되고 국가가 인프라를 많이 설치해야 된다는 것 전에 심판위원회, 그러니까 외래치료명령제가 새롭게 법에 들어갔지 않습니까? 저는 사실 심판위원회 기능이 어떻게 보면 현재까지 나와 있는 가장 대표적이고 가동 가능한 제도적인 장치라고 생각을 하는데요. 지금 새로운 법에도 역시 연장입원심사는 6개월에 한 번씩으로 되어 있는데 ‘그걸 3개월에 한 번씩 정도로 줄여주는 건 어떠냐’ 라는 제안도 있고, ‘초기입원과정이 적정하냐’, 미국의 사회법원 같은 것은 아니더라도 ‘비자의적 입원에 대한 어떤 적절성에 대한 평가 기능을 갖는 것은 어떠냐’라는 의견도 있는 것으로 압니다. 그리고 아까 사회자님께서 “외래치료명령제를 입원한 사람, 자타에의 위협이 있는 환자분들에 대해서만 하는데 그냥 입원을 예방하는 측면에서 하면 안되냐?” 라는 의견을 내기도 하셨고요. 아까 제가 “왜 강제입원이 많느냐?” 라고 했을 때 “입원을 대체할 수 있는 다른 도구나 대안이 부족하기 때문에 자꾸 입원의 형태로 선택할 수밖에 없다.”라고 했습니다. 지역사회 사례관리자들의 경우, 치료를 받지 않고 있는 분들을 사례발견 하는 게 거의 불가능 합니다. 그럴 때 꺼내는 카드는 입원이라는 거밖에 없지 않습니까? 그 ‘입원을 대체할 수 있는 외래치료명령제로서 입원하지 않은 분들한테도 본인의 의사에 반해서 외래치료명령을 시키는 것은 어떠냐’. 저는 이런 부분들이 사실 인권위원회에서 주도하는 행사이기 때문에 인권위원회의 생각은 어떨지 모르겠지만 좀더 전향적으로 논의가 돼야 되지 않나 생각을 합니다. 개인적으로는 입원의 대안으로써의 외래치료명령제, 현재 입원하지 않고 있는, 치료에 협조적이지 않은데 자타해 위협이 큰 치료가 필요한 사람들에게도 외래치료명령제는 필요하다고 생각을 하고요.

그 다음에 6개월에 한 번씩, 6개월을 거의 입원보장기간이라고 생각하시는 가족분들도 계시잖아요. 국립서울병원에서 3개월 만에 퇴원시키려고 하면 “6개월 입원보장받았는데 어째서 퇴원시키려고 하느냐?” 라고 하면서요. 결국 시도단위의 심판위원회가 서류심사도 겨우겨우 해내는 이 실효성을 좀 더 강화시키기 위해서 시군구 단위로 이양을 하기는 한 것 같은데, 더 많은 행정비용

에 비해 실효성은 더 떨어질 것 같다 라는 생각은 들고요. 법을 다시 바꿀 수 없겠습니다마는 시도단위에서 심판위원회를 더 많이 확보해서 활동을 할 수 있게끔 해 줘야 되지 않느냐 라는 생각들을 해 봅니다.

○ 이영문: 알겠습니다. 일단 이걸 또 내년 3월에 정신보건법 개정안 예고안에 나와 있는 바대로, 현재 광역단위에서 정신보건심판위원회를 이루어지는 것이 시군단위 별로 내려가게 됩니다. 그래서 각 지역에서 이걸 대비하게 된다면 장기입원을 줄일 수 있는 방안을 만들 수 있지 않을까 라는 기대를 하며 일단은 그렇게 나가고 있습니다.

○ 하정섭: 제가 치료에 대해서 말씀드리고자 합니다. 제가 25년 전에 영국 정신병원을 가봤습니다. 그런데 거기 가보니까 DNA 분석을 통해 생태검사를 하더라고요. 그래서 “왜 하느냐?”고 했더니 정신병으로 발병하기 전에 어떤 부모와 결혼을 해서 왜 정신병이 발병이 되었는가 그 원인을 치료하려고 한다고 하더라고요. 그런데 현재 우리나라에서는 원인을 규명하는 치료 보다는 걸만 치료하는 그런 상태지 않느냐 하는 생각이 듭니다. 그래서 이런 문제도 앞으로 해결해야 되겠고요. 꼭 약물치료만이 치료가 아니라고 생각을 합니다. 예를 든다면 미술치료, 심리치료, 음악치료, 이런 것도 다 치료에 해당하지 않느냐. 제가 또 얼마전에 충격적인 보도내용을 봤습니다.

여기 보도내용을 보면, 병원장이 정신과 약을 빼돌려 가지고 환각상태에서 환자를 진료하는 보도내용이 있습니다. 여기 계신 여러분은 어떻게 생각하실지 모르겠지만 우리나라는 현재 이런 항정신성 의약품 관리가 너무나 허술합니다. 다행히 요새는 좋은 신약이 많이 나와서 바로 치료할 수 있습니다마는 그럼에도 불구하고 치료를 제대로 못 하는 경우가 있다. 이런 경우가 되겠습니다.

○ 이영문: 알겠습니다. 치료가 굉장히 어려운 케이스들도 있다는 것은 저희들이 인정하고요. 일단 거기에 대해서 언급하지 않고 넘어가겠습니다.

○ 이영문: 김영학 선생님, 외래치료명령제 문제나, 이 선생님이 말씀하셨던 걸 짧게 부탁 드리겠습니다.

○ 김영학: 현재 정신보건심판위원회에서 퇴원율이 2.7%고, 그것이 지역으로 넘어간다고 해서 늘어날 것 같지는 않습니다. 오히려 지역으로 가면 더욱 의식이 적어질 것 같다고 생각을 하는데, 제가 오히려 제안하고 싶은 것은 심판위원회에 당사자가 들어가는 겁니다.

○ 이영문: 알겠습니다. 그 문제는 일단 제가 정신보건법에 대한 TF팀 운영을 중앙위원회에서 맡고 있기 때문에 충분히 반영시킬 수 있도록 말씀을 드리겠습니다.

지금 한 15분 정도 남았지만 집중력이 좀 떨어지는 것 같아서 청중들한테 올라온 질문 중에 이것은 그냥 답변을 드리면 될 것 같습니다. 정신장애인들이 생활하고 있는 생활시설에서 올리신 것 같습니다. 생활시설에 계신 분들이니까 사회복지시설의 하나로 생각이 됩니다. 사회복지시설에 계신 분인데 “외출, 외박 때마다 같이 있지도 않은 정신과 의사한테 동의를 구해야 됩니까?” 이렇게 되어 있습니다. 제 생각으로는 지역사회에 나가계신 분들은 동의를 안 받아도 됩니다.

지역사회 관리가 과연 장기입원에 대한 대안이 될 수 있는가

○ 이영문: 지역사회관리에 대한 이야기를 하면서 거꾸로 지역사회관리가 과연 장기입원이나 강제입원에 대한 최종적 대안이 될 것인가의 문제와 아울러 이런 기회를 통해서 정신장애인, 국가인권보고서를 현재 국가인권위에서 만들고 계시기 때문에 거기에 대한 바람을 갖는 것들을 당부하면서 마지막 질문을 드릴까 합니다.

이건 그냥 질문 없이 참가자분들의 의견을 한분 한분 듣고 마지막 정리발언 들어가겠습니다. 지역사회 관리가 과연 장기입원에 대한 대안이 될 수 있을까, 그리고 국가인권위원회에 지역사회 관리를 어떤 식으로 요청할 것이냐 하는 그런 질문을 드리겠습니다. 이명수 선생님 먼저 하시겠습니까?

- 이명수: 아까 심판위원회가 시군구로 이양된 것은 제가 보기에는 거의 90% 이상 실패할 것이라 생각하는데요. 어차피 의료기관 자체가 지역화 되어있지 않고. 예를 들어서 용인병원에 용인시심판위원회가 만들어질 거 아니겠어요.

그런데 아까도 말씀을 드렸지만 심판위원회가 퇴원을 명령할 수는 있습니다. 하지만 심판위원회가 보호자의 권한을 극복하는 권한을 행사할 수 있을 뿐이지, 그 다음 단계는 책임을 못 진다는 거죠. 용인병원은 전국에서 환자들이 오는데 그러면 퇴원을 시키고 나서 그 다음 단계는 어떻게 할 방법이 없다는 겁니다. 그러니까 우리나라도 외국처럼 한 지역에 병원, 지역사회, 주거시설, 센터, 사회복지이용시설이 하나의 패키지로 있는 게 아니기 때문에 전국구에 있는 병원들을 시군구 단위로 행정적인 조치를 쪼개서 들어가게 되면 퇴원 이후의 과정을 책임질 수가 없고 시도단위의 경우 서울시 경험만 보더라도 그나마 서울과 경기도는 어떻게 좀 연결해 보려고 하겠지만, 충남 이하가 되면 사실 어떻게 해결 방법이 없거든요. 퇴원명령을 아무리 내린다고 해도 그분들을 위해 후속적인 치료를 할 수 있는 방법이 없기 때문에 실효성 자체는 없을 것이라고 보고요.

제 의견은 시도단위의 심판위원회를 더 키우고 인구 대비 좀더 복수적인 형태로 운영하는 것이 나올 것 같다는 것이고요, 옛날에는 병원중심의 케어에서 두 번째 패러다임이 지역사회 중심으로 갔다면 호주는 허스피털 커뮤니티 케어라고 해서 병원과 지역사회가 같은 기능을 해야된다는 식으로 옮겨놓았잖아요. 그래서 “커뮤니티 케어가 병원치료의 하나의 대안으로 완전히 된다고 보냐?”라는 질문에는 “그렇지 않다.”라고 대답해 드려야 될 것 같고요. 결국 협력해서 선을 만들어 나가야 된다고 보는데, 그렇다면 커뮤니티케어 확대를 위해서 선을 만들려고 하더라도 지금 입원치료와 커뮤니티치료가 워낙 비대칭적이기 때문에 상호 균형감을 만들기 위해서는 돈이 필요한데 그것도 다시 국가적인 책임이 들어가지만 의료급여수가, 그러니까 의료비용을 어떻게 초기단계에 올리고 국가나 사회가 그것을 어느 정도까지 버텨내서 지역, 지방정부가 돈이 더 많이 드는 이 병원치료보다 돈이 조금 덜 들면서도 인권친화적이고 그런 커뮤니티케어쪽으로 자연스럽게 그러니까 정신보건에 관심이 그다지 많지 않고

정신보건 전문가가 아니더라도 단지 경제적인 측면에서만 봤을 때에도 지역사회케어가 유리한 방향이 되어야 결국 인프라가 더 많이 늘어날 것이고 그 늘어난 인프라를 적절한 케어전문가들이 제공을 하면서 그렇게 움직일 수 있을 것 이다라고 생각을 합니다. 병원의 치료적절성을 높이는 일을 위해서도 급여적정화는 필요한 것 같고.

지방정부, 의료급여의 지방정부비율이 20%밖에 안 되지 않습니까? 서울시는 50%여서 아직까지는 시에서 그런 식의 태클이 들어오지 않아 아직 그 논리는 되지 않겠지만 경제적인 논리로 봐서도 서울시가 최소 2.5배 이상은 지역사회에 시설을 더 많이 확충할 논리는 되는 거죠. 왜냐하면 의료급여 입원비는 서울시가 50%를 대고 지역사회는 20%밖에 안 되니까. 지금은 지역사회케어가 더 비싸기 때문에 지방정부가 굳이 돈 들여서 그걸 하려고 하지 않는데 역설적으로 병원치료비가 더 올라간다면 미국도 결국 그것이 옳기 때문이기도 하지만 워낙에 의료비가 커지니까 그것에 대한 대안으로 다른 지역사회관리시스템을 좀더 많이 활용을 하겠다는 것도 분명히 존재하거든요. 항상 우리 관심사대로 이것이 옳고, 인권친화적이기 때문에 옮겨다니는 건 아니기 때문에 그런 경제적인 논리도 최대한 적절하게 반영을 하면서 또 인권적으로 옳고 병원의 치료와 지역사회 관리가 잘 통합된 형태의 체계가 만들어지는 것이 최종적인 대안이라고 생각합니다.

- 이영문: 알겠습니다. 밸런스에 대한 얘기를 하셨는데. 반대로 아까 하정섭 회장님, 지역사회관리가 장기입원 자체를 줄여갈 수 있을 것 같습니까? 정신보건 입장에서 말씀을 해 주십시오.
- 하정섭: 그렇게 할 수 있다고 봅니다. 정신장애인과 일반장애인과 차이가 있습니다. 정신장애인은 본인이 장애인 진단받기를 거부합니다. 그런데 일반 장애인은 본인이 장애진단을 받기를 아주 열성적으로 원합니다. 그 이유는 무엇일까요. 정신장애인 장애진단 판명이 나면 평생 동안 정신장애, 아까 사회적업을 갖고 싶다고 할 때 그것도 안 됩니다, 사실적으로. 그런데 실질적으로 정신장

애인 진단을 받았을 경우에 수혜는 누가 됩니까? 가족들이 됩니다. 그런데 본인
은 전혀 그걸 받지 못합니다.

아까 국가에서 책임진다는 부분이 어떻게 보면 평생 동안 가족들이 심적인
고통, 재정적인 부담을 가져야 되기 때문에 정신장애가 발병하고 나서 한 5년
정도는 가족들이 책임을 진다고 하고 5년 이후에는 국가가 한 50% 정도 책임
을 지고 10년 이상은 전액 국가가 부담을 해야 된다, 그런 제도적, 법적인 제도
가 좀 있어야 되지 않을까 그런 생각이 듭니다.

○ 이영문: 그러니까 몇 년 뒤에 100%라고 하셨습니까? 일단 지역사회 관리 쪽을 그래도
하신다면 장기입원을 줄이실 수 있다는 의견을 가지고 계신 거죠, 하 회장님?

○ 하정섭: 예.

○ 이영문: 알겠습니다. 지역사회관리하시는 분들 쪽의 의견을 한번 들겠습니다. 문용훈
관장님 입장에서는 어떻습니까? 국가인권위원회에 바라고 싶은 것도 말씀해
주시면 좋겠습니다.

○ 문용훈: 지역사회시설하고 병상이 같이 늘어나고 있어요. 우리나라는 참 재미있는 나라
죠. 지역사회시설도 병상도 둘 다 같이 마구 늘어나고 있습니다. 그래서 3만불
정도 될 때까지는 계속 늘어난다는 의견들도 있으시고. 그런데 병상 수가 6만
병상 정도 되는데 반해, 실제 가동률은 60 % 밖에 되지 않아요. 그리고 여전히
전체 의료기관과 정신보건시설을 보게 되면 79% 정도가 정신의료기관이다. 그
러면 지금의 정신보건시장에서 리더는 정신의료기관입니다.

사실 지역사회시설은 굉장히 적어요. 그래서 저희한테 커뮤니티케어 열심히
하라고 하는데 정말 열심히 하고 싶습니다. 그런데 워낙 퍼센테이지가 작아요.
그래서 여기 병원에서도 많이 오셨고 의사 선생님들도 많이 계시는데 정말 의
료수가 문제는 해결했으면 좋겠습니다. 정말 적절한 치료를 저희 정신장애인들
이 받고 빨리 퇴원했으면 좋겠고, 빨리 퇴원하신 분들이 사회복지시설이나 지

역사회의 재가서비스를 받아서 이분들이 생활하는 시스템으로 가야 되지 않겠나. 그리고 이분들이 급성적인, 응급적인 상황이 되면 병원을 이용하시고 그런 시스템으로 가서 ‘남은 병상수는 어떻게 하지?’, 이런 걱정들을 우리가 해 볼 수 있는 상황이 되었으면 좋겠다는 생각을 해 보고요.

두 번째는 아직까지도 많은 분들이 재활모델에 많이 몰입이 돼 있죠. 정신질환자들은 치료를 해서 재활하는 것이 치료자의 역할이고 묵이고, 정신장애인들은 잘 따라야 되는 게 그들의 역할처럼 되어 있습니다. 그런데 한 발짝만 바뀐다면 좋겠어요. 정신질환이 있어도 사람들하고 잘 생활하고 있으면 그분은 지역사회에서 있는 거잖아요. 그래서 이런 정신장애인이 실제로 가지고 있는 주관적인 관점에서의 사회생활이 무엇인가에 대한 관심을 가지면서 지역사회 정신보건에 대한 패러다임을 변화했으면 좋겠다는 생각이 있습니다.

세 번째는 가족들이나 다른 분들이 굉장히 두려워하는 사회적 편견이죠. 사실 중앙정부에서는 꽤 몇 년 전부터 편견극복 관련 예산을 써왔습니다. 그 덕인지 요즘 TV드라마를 보게 되면 조연자들이 가끔 우울증에 걸린 상황이 나타나죠. 그리고 저희 집사람을 보게 되면 주부우울증과 아이들의 정신병적인 증상을 저보다 더 많이 알아요. 저한테 얘기를 하죠. 긍정적인 효과가 있다고 생각이 듭니다. 그런데 갑자기 그 효과가 사라진 것 같아요. 그래서 왜 그런가 생각을 해 봤더니 그동안 돈도 많이 쓰시고 언론도 많이 이용을 하셔서 정신보건에 관심이 있고 한 사람들은 이제 이걸 아는 거예요. 받아들인 거죠.

그러나 대다수는 아직도 관심이 없습니다. 이게 뭐냐하면 캐즘에 빠졌다고 합니다. 그래서 실제로 많은 사람들이 들어올 줄 알았는데 단층이 생겨버린 거죠. 그래서 지역에 있는 대다수로 사람들이 이쪽 정신보건 쪽에 들어오게 할 수 있는 방법이 될까, 여기에 대한 고민을 좀 해 볼 필요가 있는 것 같아요. 혁신적인 상품들을 얘기할 때 캐즘 얘기를 많이 하는데 지금 도입기 자체에서 사회적 편견이 해소가 안 되었다고 얘기를 하면 정말 세분화된 타킷을 만들어야 하고 그게 바로 키플전략이라고 보통 얘기를 합니다. 그런 전략을 써서 정말 일반인들도 정신장애인들에 대해서 사회적인 편견이 없어야지만 이분들이 지역에 살거나 공동생활하는데 크게 불만이 없으실 것 같아요. 지금도 사회복

귀시설을 비롯해서 다른 시설들을 지역에 열려고 하면 주민들 반대합니다. 그래서 이런 것들이 같이 해결되어야 하지 않겠나 라는 생각을 좀 해 봅니다.

- 이영문: 알겠습니다. 아까 저도 용어를 잘 몰랐었는데 캐즘이라고 하셨습니까?
- 문용훈: 단층이 갑자기 어긋나서 사이에 공백이 없어지는 거죠. 그래서 예를 들면 어떤 상품이나 아니면 기업이나 사업 자체가 도입기가 생긴 다음에 성장기가 돼야 하는데 도입기에서 갑자기 함몰돼 버리는 겁니다. 그런데 이게 도입기만 그런 게 아니라 성장기에서도 함몰이 될 수 있고 그리고 고조기에서도 함몰될 수 있는데 캐즘이라고 얘기를 하더라고요. 무어가 얘기했다고 합니다.
- 이영문: 알겠습니다. 그런 현상을 정신보건에서 우려해야 한다고 말씀을 하셨습니다. 다음은 우리 사승언 선생님 말씀 들겠습니다. 지역사회관리문제, 국가인권위원회와 관련해서...
- 사승언: 각 기관들의 대상이나 역할을 정확히 해 줌으로써 대상이나 역할을 가지고 싸우지 않는 룰을 정해 주는 게 가장 필요하다고 생각합니다. 그리고 그에 맞춰서 국가가 예산의 비율을 어느 정도 정해 주어야 될 텐데, 이걸 자유롭게 맡겨 놓고 인간의 양심에 맡긴다는 것은 무리가 있다고 봅니다. 그래서 그런 부분에 대해서 좀 맞춰줄 필요가 있고, 또 역할이라는 건 병원에서 치료하고 그 후 재활, 그 다음에 요양하는 이런 단계가 여러 가지 나누어질 텐데 그 부분도 세분화될 필요가 있을 것 같고요. 또 치료의 적절성에 대해서 아까 다들 말씀하셨지만 이번에도 의료보험수가를 올리면서 의원은 G4 이상 되지 않는 G5 같은 경우는 3만 800원입니다. 장기노인요양보험이 요양시설에 들어가면 하루에 4만 3550원입니다. 그러니까 사실은 치료가 더 액티브하고 뭔가 좀 해야 되는 건데도 불구하고 요양에 대한 비용보다 적기 때문에 우리가 기대할 수 있는 게 사실 그 사람들이 갖고 있는 양심에 기대는 거 하나밖에 없다는 거거든요. 그런 부분에 대해서 원론적으로 치료적절성을 확보하게 된다면 아까 이명수 선

생님이 3개월 얘기하시고 5개월 얘기하시고 또 2개월 얘기를 하셨는데 기간은 적절성이 확보가 된다면 빨리 나간다는 사람은 빨리 나간다고 생각합니다. 그러니까 그 기간이 중요한 게 아니라 원론적으로 치료적소를 얼마만큼 확보할 수 있고, 또 돈을 주면 거기에 대한 책임을 물을 수 있는 감시체계가 확보 되고, 그런 부분에 대해서 생각을 해봐야 할 것 같습니다.

- 이영문: 알겠습니다. 시간 관계상 지역사회관리 자체가 장기입원의 대안이 될 수 있는가, 없는가에 대한 답변을 먼저 부탁드립니다. 문용훈 관장님, 커뮤니티케어가 다 되어 버리면 입원시설이 필요 없을 수도 있다, 거기에 대해서 찬성하시겠습니까? 이 부분에 대해 중점적으로 얘기해주시죠.
- 문용훈: 정말 그렇게 된다면 찬성하죠. 그런데 가능하지 않다고 생각하기 때문에... 서구의 경험을 봐도, 병원이 정말 필요하지 않고 커뮤니티케어만 가지고 한다면 돈이 많이 드는 병원을 세울 필요가 없을거라고 생각을 합니다. 그런데 그게 필요성이 있기 때문에, 그것의 고유역할이 있기 때문에 남아 있는 거고, 그 역할 자체가 조그마한 단점 때문에 부인이 된다면 많은 환자들한테 더 많은 손해가 있을 거라고 생각합니다.
- 이영문: 알겠습니다. 마지막 정리하는 뜻에서 잠깐 시간을 더 드릴게요. 병원에 대한 것은 이제는 말씀을 그만 하시고, 국가인권위원회에 바라는 바를 마지막 질문으로 드리겠습니다. 일단 김영학 선생님, 지역사회관리가 과연 대안이 될 수 있습니까?
- 김영학: 예, 대안이 된다고 생각합니다. 그렇지만 지금의 상황에서는 많이 힘들겠지요. 국가인권위원회에서 요즘 ‘이탈리아의 경우, 평균 재원일수가 13일이고 긴급할 시한에만 72시간 입원한다’ 라는 자료를 내보내고 있는데, 이렇게 되기 위해서는 약과 의사와 빠른 입원 그리고 또한 사회생활을 할 수 있는 지역사회 케어, 사회복지시설 이런 것들이 필요합니다. 그리고 또 지금 대다수의 지역사회시설

들이 하는 직업재활, 이런 것들이 필요하다고 생각합니다. 제 경험으로도 그렇습니다. 특히 저도 우리 의사 참 좋아합니다. 20년 동안 한번도 의사 안 바꿨습니다. 어려운 과정에서 다 도와주셨고 진짜 친구고 모든 일을 다 상의하고. 그렇지만 병원과 동시에 우리나라가 지역사회시스템을 키우고 있으니까 이 역할을 참 중요하게 생각합니다.

제가 89년도 이후 한 7년 만에, 그러니까 1996년 7월 1일에 사회복지시설에 처음 갔었는데 처음으로 어떤 따뜻한 인간미를 느끼고 또 나와 같은 아픔을 가지고 있는 동료들이 있다는 것이 저에게 많은 힘을 실어줬습니다. 그래서 그 힘으로 나중에 빵 일도 하고 공공근로도 하고 하는 과정들을 겪었습니다. 지금 현재 커뮤니티 케어는 사회복지시설이나 정신보건센터에서 담당하는데, 지금까지 많은 역할을 해 왔음에도 불구하고 여전히 한계가 많이 드러나고 있습니다. 옛날에 병원에서 나왔던 분들이 사회복지시설에 가서 10년씩 다니는 친구들도 있습니다. 그런 것을 볼 때 지금 현재 사회복지시설에서 전문가 1인당 회원 25인, 그리고 보조인 1인당 회원 20인을 담당하는데 이래서는 실제적으로 재활을 하기가 어렵습니다. 특히 관심을 가져주기가 어렵죠. 그리고 또 국가에서 도움을 받다 보니까 사회복지 분야에서는 수많은 페이지작업을 하잖아요. 서류 같은 거 만드는 그런 작업을 하고 그러다 보니까 실질적인 재활은 어렵습니다. 태화샘솟는집이 아마 86년에 처음 생겼고 두 번째 생긴 사회복지시설로 대구재활센터라는 곳이 있는데, 제가 1996년 7월 1일에 그곳에 갔었을 때는 정신보건법이 시행됐지만 시행령이 없을 때라 직원이라는 개념도 없었고 대학원생들이 연구원으로서 우리를 도와줬고, 평등관계에서 움직였고...나도 일하고 다른 친구도 다 일하고 다 재활할 줄 믿었는데 10년의 세월이 흐르면서 그런 한계를 느끼고, 그래서 실제적인 재활을 하기 위해서는 정신보건 전문가들에게 우리 회원수를 줄여주고, 또 정신보건 전문가들이 1년의 수련기간을 거치고 나서 취업을 하게 되는데 그 전문가들의 경제적인 문제, 그래서 새로 사회복지시설협회 세미나 같은 데 가면 오는 전문가들이 많이 바뀌는 것 같아요. 몇 년을 못 버티고. 이런 문제에 있어서도 좀 더 관심을 가지고 하면 지역사회나 병원 등이 장차 우리 정신장애인들에게 좋은 꿈을 심어주지 않을까 생각합니다.

○ 이영문: 감사합니다. 마지막으로 서덕웅 이사님, 지역사회관리 쪽으로 병원을 선회하실 생각이 있으십니까? 질문을 바꾸어서 드릴게요.

○ 서덕웅: 저도 사회복지시설을 운영 했었고 초대관장도 했었습니다. 지금 시간이 없기 때문에 간단하게 하겠습니다. 지금 어느 정책을 입안을 하고 도입을 한다는 건 사회적 상황이나 모든 환경을 전반적으로 봐야한다는 것인데 결론적으로 이야기하자면 제가 볼 때는 아직까지 안 하는 것보다는 낫지 않겠느냐. 이런 어떤 결론은 제가 볼 수 있을 것 같고.

그 말은 무슨 말이나 하면, 방금 얘기했다시피 현재 보면 인프라는 국가가 다 구축해 놓았습니다. 그런데 그 질이 다 떨어지고 있다는 부분이죠. 마지막에는 재정적인 부분인데, 이 부분은 어떻게 해결할 것인가. 그래서 제가 정신병원을 운영하면서 우리 정신장애인들이 퇴원하고 난 뒤 삶에 대해서 무척 고민을 하다가 도달한 것이 그러면 이걸 어떻게 하느냐, 매일 국가를 보고 돈타령만 할 것이냐, 아니다. 그래서 아마 여기 우리 교수님들도 계시고 하지만, 이 부분은 여기 계신 분하고 저하고 상충이 될지 모르겠습니다마는 제가 볼 때에는 사회복지시설이라든지 정신보건센터는 그대로 컬러를 가지고 가되 지금 가장 빨리 수적으로 많은 것을 커버할 수 있는 것, 적은 돈을 들이고 센터라든지 지역사회에서 어떤 인프라를 구축하는 게 급하다고 봅니다.

그래서 제가 적게 돈을 들이고 할 수 있는 것을 하나 연구했습니다. 사실은 이 고민을 하다가 윤수영 교수님이 쓰신 ‘지역사회의 복지관의 정신장애인센터’에 대한 논문을 읽었습니다. 그래서 ‘이거구나!’ 해서 제가 지금부터 7년 전에 벌써 부산의 복지관을 통해서 이 프로그램을 도입했습니다. 과연 복지관이 지역사회에서 정신장애인들, 퇴원한 정신장애인들을 데리고 갈 수 있는지, 이게 효과가 어느 정도 나는지 하는 부분인데 결론은 ‘오케이’였습니다. 20명의 회원들이 다니고 있는데 우리가 법인에서 그것을 운영하기 때문에 많은 돈은 안 주었습니다. 단지 워커 한 명 더 할 돈하고 책상 하나 더 놓았고.

왜 복지관이 이렇게 빨리 할 수 있느냐. 전국에 400군데 복지관이 있습니다, 지역사회복지관이. 각 시군구 동네마다 들어가 있습니다. 그래서 복지관에 그

야말로 워커들이 한둘 더 들어가고 책상 하나 더 놓고 자동차. 모든 부분의 인프라, 시스템이 다 들어가 있습니다, 컴퓨터부터 시작해서. 그러니까 많은 돈을 안 들이고 이렇게 한 8년을 했는데 제가 아까 사회복지센터도 했습니다마는 그것보다는 못하지만 많은 병원을 들어가지 않고 약물관리도 잘하고 해서 운영하는 것을 보았습니다. 그래서 제가 가능하다면 우리 인권위원회에서 이걸 연구해 보시는 게 좋지 않겠나 생각하고, 두 번째는 이 문제를 저희 이번 보고서 내시기 때문에 제기하신 것으로 알고 있는데, 인권위원회가 어차피 정신장애인들의, 대한민국 장애인들의 삶에 대해서 손 견고 나섰으면 이렇게 단편적으로, 예를 들어서 어떤 부분부분 해서는 이게 해결될 문제가 아니라고 저는 이렇게 생각합니다. 자꾸 어느 쪽의 이야기, 저도 아까 국가이야기를 했지만 돈도 없는 국가보고 자꾸 이야기를 하게 되고 또 가족한테 이렇게 하라는 얘기가 되니까 이 문제를 근본적으로 해결하려면 이해 당사자들, 관련되는 사람들이 같이 머리를 맞대고 앉아서 뭔가 로드맵을 만들고 거기에 대한 프로그램을 만들고 해서 단계적으로 접근해 주어야 되지 않겠나. 그래야 서로 아픔이 오지 않겠다. 제가 가능하시다면 예를 들어서 이거 끝나고 나더라도 우리 인권위원회에서 TF팀을 만들어서 이걸 차근차근 해나가면 정말 지금 주어진 여건 속에서 국가의 재정이라든지 모든 여건 속에서 이게 가능하다, 그렇게 생각하고 있습니다. 그래서 작은 발부터 출발할 수 있도록 한 발 더 나아가서 이런 세미나 같은 것보다도 더 적극적으로 임해 주시면 안 좋겠느냐, 이런 마지막 이야기가 될 것 같습니다. 부탁드립니다.

- 이영문: 그러니까 일회성 토론으로 끝내지 말고, ‘실질적인 국가보고서를 만드는데 거기에 협력이 될 수 있는 TF팀을 지속적으로 운영해 달라’ 이런 부탁이시죠. 알겠습니다. 관계되는 모든 분들이 들어와서 TF팀을 운영해봤으면 좋겠다는 말씀인 것 같습니다. 마지막으로 국가인권위원회에 대해서 당부의 말씀이나 혹은 마지막 전체 입장에서 인사를 못 하셨다고 생각되시는 분이 있으면 마지막 패넬로 인사드리겠습니다. 서덕웅 회장님이나 김영학 선생님은 인사를 하신 것으로 제가 받아들일 것입니다. 사승언 선생님, 인사말씀을 부탁드립니다.

○ 사승언: 사실 전 정권에서도 개혁, 그 전 정권에서도 개혁했는데, 사실 저희가 환자를 치료하는 것도 새로운, 다른 단계로 바꾸는 건데 그게 기존에 받아들인 게 되지 않으면 바꾸기 힘들다고 생각을 합니다. 그래서 인권위원회에서 지금 여러 가지 인권적 사항에 대해서 얘기하는 것은 적극 찬성하지만 현실적 바탕에서 할 수 있는, 바탕이 무너지지 않으면서 갈 수 있는 것을 참고하시는 게 좋을 거라고 생각을 하고요. 저희 학회에서도 의사들 중에서 정말 안 되겠는 분들에 대해서는 법에 따라 해결해야 되겠지만, 그렇지 않고 대다수의 회원들이 그런 부분에 잘 따르고 할 수 있도록 하려면 그분들이 범죄자나 그런 게 아니고, 따뜻한 시선으로 같은 일을 해 나가는 입장이라고 봐주셨으면 하는 마음이 있습니다.

○ 이영문: 알겠습니다. 하정섭 회장님 멀리에서 오셨는데 인사말씀 부탁드립니다.

○ 하정섭: 다시 한 번 감사드리고요. 실질적으로 지금 우리나라 정신장애인이 200만, 300만명이 된다고 합니다. 그런데 미신고시설에 대해서는 전혀 국가에서도 책임을 회피하고 있거든요. 그래서 그러한 분들의 인권도 한번 챙겨봐야 되지 않겠느냐라는 생각이 들고요. 앞으로 이런 기회를 가진다면 꼭 보건복지가족부 적어도 서기관급 이상은 나오실 수 있도록 하고 또 기획예산처의 예산부에서도 나올 수 있도록 해서 이런 것을 청취할 수 있도록 해 주시면 감사하겠습니다.

○ 이영문: 네, 알겠습니다. 장시간 115분 토론회가 꽤 버렸는데요.

질문 중에서 아까 답변을 못 드린 게 있어서 이걸 여성장애우 같습니다. 제가 여성장애우에 대한 성폭력문제는 해당지역에 알선했어 드리겠습니다.

사회를 보는 입장에서 보니까 제가 봤을 때에는 이번 토론회의 경우 집중력이 굉장히 높은 토론회가 아니었나 생각합니다. 한두 분 주무시는 분이 잠깐 계셨는데 제가 말씀 안 드리겠다고요. 굉장히 진지한 토론회가 되었다고 생각을 하고. 오늘 좀 미흡한 질문도 있었을 것 같고 토론이 잘 된 부분도 있고 못 된 부분도 있는 것 같습니다. 그러나 지금까지 시도했던 어느 토론회보다는 가장

활발한 토론회가 되었다고 저는 생각합니다. 패널분들은 좀 그래도 못 한 말이 많다고 생각을 하시겠지만 제가 봤을 때는 충분히 나왔을 거라고 생각합니다.

국가인권위원회를 대표해서 제가 말씀을 드리면, 정신장애인 국가인권보고서가 내년 6월을 목표로 만들어지고 있습니다. 저를 비롯한 여러분이 같이 연구위원, 추진위원으로 계신데 아무쪼록 국가인권보고서가 잘 나올 수 있도록 많은 의견을 국가인권위원회에 전달해 주시면 도움이 될 것 같습니다.

우리 샘솟는집 회원 한 분이 주신 말씀을 끝으로 제가 정리인사를 드리겠습니다. “정신장애인들은 대개 가족들과 관계가 좋지 않습니다. 우리들이 늙게 되면 정신장애인의 인권이 적용 될까요?” 이런 말씀을 하셨습니다. 국가인권위원회 입장에서든 그렇고 정신장애인의 인권문제는 이제 이야기되기 시작하는 정도라고 저희는 생각합니다. 그래서 김영중 회원님 오래 사시면서 정신장애인들의 인권이 더 좋아지는 걸 많이 누리시길 부탁드립니다.

각본에는 없습니다마는 토론회 패널 중에 개인적으로 MVP 한 사람만 선정하면서 말을 끊겠습니다. 제가 한 100번쯤 이런 비슷한 시사토론을 진행해 왔는데 사회자 입장에서 가장 충실하게 토론에 임해 주신 분은 우리 대구에서 오신 김영학 선생이었던 것 같습니다.

장시간 고생하셨습니다. 이런 자리 마련해 주신 국가인권위원회에 감사드리면서 오늘 110분 토론회 마치겠습니다. 감사합니다.

정신장애인 인권실태와 개선방안
- 자유발언 및 토론내용 -

2008년 10월 인쇄
2008년 10월 발행

발행인 : 안 경 환

발행처 : 국가인권위원회 차별시정본부 장애차별팀

(100-842) 서울시 중구 무교동길 41

(을지로1가 16번지) 금세기 B/D 9층

전화 / 02) 2125-9841~6

FAX / 02) 2125-9848

www.humanrights.go.kr

인쇄처 : 도서출판 한 학 문 화

전화 / 02) 313-7593(代)
