



정신질환자 범죄의 예방 및 감소를 위한 지역사회 내 관리방안



Management Plan in the Community for Prevention and
Reduction of Crimes Against Persons with
Mental Disabilities

안성훈·정진경



머리말

정신장애범죄인들은 범죄자이기 이전에 치료를 받아야 하는 환자라는 점에서 형사 사법의 처우대상이자 정신보건의료의 처우대상이다. 따라서 이 이질적인 두 분야의 처우가 유기적이고 체계적으로 결합되어 실시될 때 이들에 대한 효율적인 치료 및 보호·관리가 이루어지고 원활한 사회복귀를 기대할 수 있다. 그러나 불행하게도 우리 사회는 정신질환을 앓고 있는 환자가 지역사회에서 안정된 삶을 살 수 있는 충분한 여건을 갖추지 못하고 있다. 정신장애인에 의한 범죄나 자·타해의 위험성이 고조된 정신과적 위기 상황이 발생하면, 우리는 여러 대안적 방식을 활용하기 보다는 주로 입원이라고 하는 강제적 치료에 의존하고 있다.

정신의료 전문가에 의하면 중증 정신질환을 앓고 있는 환자는 자신이 필요로 하는 구체적 욕구가 충족되지 않기 때문에 자주 위기를 경험하게 된다고 한다. 환자들은 일상생활의 모든 부분에서 많은 도움을 필요로 하고, 또한 어떤 환자의 경우에는 신체질환을 치료하기 위해 또는 항정신병 약을 규칙적으로 잘 복용하도록 하기 위해서 많은 도움을 필요로 한다. 따라서 중증 정신질환을 앓고 있는 대부분의 정신장애인들은 정신질환으로 인한 부족한 부분을 보완해주는 원조를 받을 수 있는 경우에만 지역사회에서 안정적으로 생활할 수 있다. 따라서 적절한 원조가 제공되지 않거나 이용할 수 없는 경우에는 중증 정신장애인들은 심각한 어려움을 겪게 된다. 예컨대, 자신의 주거지에서 쫓겨날 상황에 직면하거나, 돈에 대한 관리가 되지 않아 생활비가 없이 생활하거나, 또는 약을 복용하지 않을 가능성이 증가하게 된다. 이러한 상황들은 단독으로 혹은 여러 가지가 복합적으로 작용하여 환자에게 큰 스트레스를 안겨주며 나아가 정신과적 증상과 위기를 유발하게 된다. 겉으로 보기에는 환청이나 이상행동 등이 심해지는 것이 문제일 수도 있지만, 그 직접적인 원인이 주거가 불안정해졌거나 생활비의 부족, 친구나 가족관계의 변화 등에 의한 스트레스, 또는 항정신병 약의 복용 중단 등일 수도 있다.

따라서 이러한 정신과적 증상과 위기에 대해 효과적으로 대처하기 위해서는 정신장애인에 대한 지속적인 보호와 관리를 통해 그들이 지역사회에서 다시 건강을 회복하

고 안정된 사회생활을 지속하기 위해서 어떠한 치료와 원조가 필요한지를 알아내는 것이 무엇보다도 중요하다고 할 것이다.

사실 전통적으로 현행 형사사법체계와 정신보건의료체계는 대상자에 대한 입원여부를 결정하는 것에만 주목해 왔다. 그 배경에는 정신장애인에 대한 잘못된 편견과 이들에 대한 사회 내 치료체계의 미비가 큰 원인으로 작용하고 있다. 예컨대 공공장소에서 소리를 지르거나 옷을 벗는 등의 행위를 하고, 또는 폭력적인 행위를 보이는 정신질환자가 있다고 가정할 때, 그 환자의 행동이 특별한 문제를 초래하지 않았고, 그 일시적이고 급성적인 증상으로, 약의 복용을 통해 안정화되어 입원치료가 아닌 지역사회 내에서 치료가 적절한 방법이 될 수 있더라도, 그 환자를 돌보아야 할 책임이 있는 가족의 입장에서는, 소란을 피운 환자가 세 들어 사는 집 주인의 입장에서는, 또는 지역사회의 안전을 확보해야 하는 경찰의 입장에서는 환자를 퇴원시킨다는 것이 전혀 도움이 되지 않는다고 생각하여 지역사회에서 격리하고 하는 강제입원을 선택하게 된다.

이런 종래의 대처방식은 정신장애인에게 어떤 치료가 필요할 것인가 보다는 어디서 치료를 할 것인가에 대해 결정을 내리는 것에 다름 아니다. 물론 입원치료가 꼭 필요하고 이를 통해 적절한 치료가 이루어질 수 있다면 최선일 수 있겠으나, 강제입원 여부부터 고려하는 대처방식은 결코 정신장애인의 정신과적 증상과 위기에 효과적으로 대처하기 위한 출발점이 될 수 없다.

정신장애범죄인의 경우에도 본질은 범죄행위의 원인이 정신질환에 근거하고 있다는 점에서 정신장애인의 처우와 근본적으로 다르지 않다. 그러나 정신장애범죄인들은 정신보건의료체계와 사법체계 그 어느 쪽에도 적용되지 못한 채 서로 떠넘겨지며 양쪽에서 배척당하고 있는 것처럼 보인다. 앞서 살펴보았듯이 정신장애범죄인에 대한 처우는 형사사법체계와 정신보건의료체계가 서로 협력함으로써 가장 효과적으로 관리될 수 있음은 분명해 보인다.

주지하다시피 독일의 저명한 형법학자이자 법철학자인 프란츠 폰 리스트는 범죄에 방정책과 관련하여 “최선의 형사정책은 최선의 사회정책이다”라고 하는 유명한 말을

남겼다. 이 명언을 인용한다면, 정신장애인에 대한 범죄예방정책은 이 명언에 “최선의 정신보건의료정책”이라고 하는 구절이 더해져야 할 것으로 보인다.

본 연구를 함께 수행한 정진경 보호사무관의 노고에 깊이 감사드리며, 자료 편집 및 교정 등을 맡아준 이다미 연구원에게도 고마움을 표하는 바이다.

2018년 12월
연구진을 대표하여
연구위원 안 성 훈

목 차

국문요약	1
------------	---

제1장 서 론 · 안성훈	13
-----------------------	----

제1절 연구목적	15
----------------	----

제2절 연구 방법	17
-----------------	----

제2장 정신장애인과 범죄(Mentally Disordered Persons and Crime) · 안성훈	21
---	----

제1절 정신장애와 정신장애범죄인	23
-------------------------	----

1. 정신장애와 정신장애범죄인의 개념	23
----------------------------	----

2. 정신장애의 유형과 범죄	26
-----------------------	----

가. 정신분열장애(Schizophrenia, 조현병)	27
-------------------------------------	----

나. 망상장애(Delusional Disorder, 편집장애)	33
--	----

다. 기분장애(Mood Disorder)	36
------------------------------	----

제2절 정신장애범죄인 현황	41
----------------------	----

1. 정신장애인 범죄 발생 추이	41
-------------------------	----

2. 주요 죄명별 정신장애범죄 발생 현황	42
------------------------------	----

3. 정신장애범죄인 전과	43
---------------------	----

4. 제1심 치료감호사건 처리 내역	44
---------------------------	----

5. 치료감호소 수용자 현황	45
-----------------------	----

6. 출소자인원 대비 피치료감호자 재입소 현황	45
---------------------------------	----

| 제3장 | 정신장애범죄인의 지역사회 내 관리를 위한

법제도 분석 · 안성훈 47

제1절 형사사법적 대응 50

1. 치료감호제도 51
 - 가. 치료감호대상자 51
 - 나. 치료감호 청구절차 52
 - 다. 치료감호 청구사건 재판 53
 - 라. 치료감호의 집행 54
2. 치료명령제도 55
 - 가. 도입배경과 취지 55
 - 나. 치료명령제도의 주요 내용 55
 - 다. 치료명령제도 운영 현황 60
3. 치료위탁제도 60
 - 가. 도입배경과 취지 60
 - 나. 치료위탁제도의 주요 내용 61
 - 다. 치료위탁제도 운영 현황 62
4. 치료감호소 종료(가종료)자 사후관리제도 ① : 보호관찰제도 62
 - 가. 도입배경과 취지 62
 - 나. 치료감호 종료(가종료)자 보호관찰제도 주요 내용 63
 - 다. 치료감호소 종료자 사후관리 현황 65
5. 치료감호소 종료(가종료)자 사후관리제도 ② : 정신건강서비스 및 외래진료 65
 - 가. 도입배경과 취지 65
 - 나. 정신건강서비스 및 외래진료제도의 주요 내용 66
 - 다. 정신건강서비스 및 외래진료제도 운영 현황 67
6. 정신건강 상담·치료조건부 기소유예 67
 - 가. 도입배경과 취지 67
 - 나. 주요 내용 67
 - 다. 운영 현황 69

제2절 정신보건의료적 대응 69

1. 강제입원제도 70
 - 가. 자의입원(제41조) 71
 - 나. 동의입원(제42조) 72

다. 보호의무자에 의한 입원(제43조)	73
라. 특별자치시장 등에 의한 입원(행정입원)(제44조)	76
마. 응급입원(제50조)	78
2. 외래치료명령제도	79
가. 도입배경과 취지	79
나. 외래치료명령제도의 주요 내용	80
다. 외래치료명령제도 운영 현황	83
제3절 현행 제도의 문제점과 한계 - 치료적 관점	84
1. 치료감호제도	84
2. 치료명령제도	87
3. 형사사법체계와 정신보건의료체계의 협력관계 부재	89

| 제4장 | 정신장애범죄인의 지역사회 내 형사사법적 대응 현황:

치료감호법상 치료명령 및 보호관찰 제도 · 정진경 91

제1절 개관	93
제2절 치료명령 대상자 현황 및 집행 실태	95
1. 치료명령 처분 현황	95
가. 치료명령 처분 및 실시 사건 현황	95
나. 치료명령과 보호관찰의 병과 처분 유형	96
다. 보호관찰 및 치료명령 부과 기간	97
라. 치료명령 기간별 보호관찰 기간	98
2. 치료명령 대상자 현황	99
가. 인구통계학적 특성	99
나. 본건 범죄 유형 및 범죄 경력	106
다. 정신장애 관련 요인	109
라. 주요 요인별 보호관찰 및 치료명령 기간 현황	113
3. 치료명령 집행 실태	117
가. 치료명령 집행	117
나. 지역사회 전문가와의 협력	121
다. 치료명령의 종료	121

4. 치료명령의 의의	122
가. 정신장애범죄인에 대한 사회 내 처우 확대	122
나. 치료명령의 효과	123
제3절 치료감호 가중료 보호관찰 대상자 현황 및 집행 실태	124
1. 치료감호 가중료 현황	124
가. 치료감호 가중료 결정 현황	124
나. 치료감호 가중료 보호관찰 대상자 접수 및 실시 현황(2017년)	130
2. 치료감호 가중료 보호관찰 대상자 현황	132
가. 인구통계학적 특성	132
나. 본건 범죄 유형 및 범죄 경력	135
다. 정신장애 관련 요인	138
라. 정신장애 진단 유형	138
3. 치료감호 가중료 보호관찰 집행 실태	139
가. 전담 보호관찰관 지정 및 초기 분류	139
나. 치료의 관리 및 유지를 위한 보호관찰 지도감독	140
다. 지역사회 전문 기관과의 협력	141
라. 치료감호 가중료 보호관찰의 종료 및 치료감호 종료	142
4. 치료감호 가중료 보호관찰의 의의 및 효과성	146
제4절 정신건강 상담·치료조건부 기소유예 대상자의 현황 및 집행 실태	148
1. 정신건강 상담·치료조건부 기소유예 현황	148
2. 정신건강 상담·치료조건부 기소유예 대상자 현황	149
가. 인구통계학적 특성	149
나. 본건 유형 및 범죄 경력	155
다. 정신장애 관련 요인	158
3. 정신건강 상담·치료조건부 기소유예 집행 실태	161
가. 상담·치료의 집행	161
나. 치료비용 부담	163
다. 상담·치료 종료	163
4. 정신건강 상담·치료조건부 기소유예의 의의	164
가. 경미 범죄 정신장애인에 대한 다이버전	164
나. 기소유예 대상자의 재범률	165
다. 기소유예 대상자의 치료 순응도	166
제5절 소결	166

| 제5장 | 주요 외국의 정신장애범죄인 지역사회 내

치료처우 관련 법제도 · 안성훈 169

제1절 미국 171

1. 강제입원제도 171
 - 가. NGRI(Not Guilty by Reason of Insanity) 172
 - 나. Guilty but mentally ill(GBMI) 173
2. 외래치료명령제도 173
 - 가. 주요 내용 173
 - 나. 외래치료명령의 요건 174
 - 다. 외래치료명령의 절차 174
 - 라. 외래치료명령에 따르지 않는 경우 175

제2절 독일 176

1. 정신장애범죄인에 대한 치료감호제도 176
 - 가. 치료감호 대상자 및 요건 176
 - 나. 치료감호기간 및 종료 178
2. 정신장애범죄인에 대한 사회 내 처우제도 179
 - 가. 시설 내 처우에 있어서의 개방수용의 원칙 179
 - 나. 출소 이후의 사회 내 치료제도 180

제3절 일본 185

1. 대상범죄 및 절차 186
2. 의료관찰법상 처분내용 187

제4절 소결 189

| 제6장 | 시설 출소자 및 치료명령대상자의 지역사회

내에서의 관리방안 · 안성훈·정진경 191

제1절 지역사회 내 처우의 강화 193

1. 개방수용 원칙의 확립 193

2. 시설 퇴소 후 치료처우의 강화 - 지역정신보건의료와의 연계 강화	194
가. 외래진료제도의 강화	194
나. 지역사회 정신보건의료와의 효과적 연계	196
제2절 제도적 개선	203
1. 치료위탁제도의 개선	203
2. 잔여형기 처우의 개선	204
3. 치료적 처우의 효율적 활용	205
가. 치료명령제도의 활성화	205
나. 치료감호 가종료자 관리의 실질화	207
4. 형사사법체계에서 치료적 개입의 효과성 제고	208
가. 치료적 처우의 전문화	208
나. 정신건강 문제의 대응 능력 강화	210
다. 보호관찰관의 행정입원 신청 권한	211
제3절 입법 정책	212
1. 피치료감호대상자에게 특화된 보안처분제도 마련	212
2. 치료감호소 출소자에 대한 보호관찰제도의 재정비	213
3. 치료명령제도의 보완	219
가. 치료명령 대상 확대	219
나. 외래치료와 입원치료의 연계	220
다. 치료명령 기간	221
라. 치료 비용의 문제	222
 제7장 결 론 · 안성훈	 223
참고문헌	229
Abstract	233

표 차례

〈표 2-1〉 정신장애인 범죄 발생 인원	41
〈표 2-2〉 주요 죄명별 정신장애범죄 발생 현황	42
〈표 2-3〉 정신장애범죄인 전과	43
〈표 2-4〉 제1심 치료감호사건 처리 내역	44
〈표 2-5〉 치료감호소 수용자 현황	45
〈표 2-6〉 출소자인원 대비 피치료감호자 재입소 현황	45
〈표 3-1〉 형사사법적 대응 관련 제도별 요건	51
〈표 3-2〉 치료감호 등에 관한 법률	55
〈표 3-3〉 치료명령제도 및 유사제도 비교	57
〈표 3-4〉 치료감호 등에 관한 법률	61
〈표 3-5〉 치료감호 등에 관한 법률	63
〈표 3-6〉 치료감호 등에 관한 법률	66
〈표 3-7〉 신·구 대조표	71
〈표 3-8〉 신·구 대조표	72
〈표 3-9〉 신·구 대조표	73
〈표 3-10〉 신·구 대조표	76
〈표 3-11〉 신·구 대조표	78
〈표 3-12〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률	80
〈표 4-1〉 치료명령 처분 및 집행 사건 현황	96
〈표 4-2〉 치료명령 대상자의 병과 처분 유형	97
〈표 4-3〉 치료명령 대상자의 보호관찰 부과기간 분포	97
〈표 4-4〉 치료명령 대상자의 치료명령 부과기간 분포	98
〈표 4-5〉 치료명령 기간별 보호관찰 기간 현황	99
〈표 4-6〉 치료명령 대상자의 성별 분포	99
〈표 4-7〉 치료명령 대상자의 청소년/성인 여부	100
〈표 4-8〉 치료명령 대상자의 연령 분포	100
〈표 4-9〉 치료명령 대상자의 혼인 상태	101
〈표 4-10〉 치료명령 대상자의 학력 수준	101
〈표 4-11〉 치료명령 대상자의 현재 직업 형태	102
〈표 4-12〉 치료명령 대상자의 월소득 수준	103

〈표 4-13〉 치료명령 대상자의 가계 월소득 수준	104
〈표 4-14〉 치료명령 대상자의 기초 수급권자 지정 여부	104
〈표 4-15〉 치료명령 대상자의 주거 형태	105
〈표 4-16〉 치료명령 대상자의 주거 상태	105
〈표 4-17〉 치료명령 대상자의 동거인 유무	105
〈표 4-18〉 치료명령 대상자의 동거인 유형	106
〈표 4-19〉 치료명령 대상자의 본건 범죄 유형	106
〈표 4-20〉 치료명령 대상자의 범죄 전력 유무	107
〈표 4-21〉 치료명령 대상자의 범죄 전력 (본건 포함)	107
〈표 4-22〉 치료명령 대상자의 본건 이전 대인범죄 횟수	108
〈표 4-23〉 치료명령 대상자의 보호관찰 경력	108
〈표 4-24〉 치료명령 대상자의 대물범죄·대인범죄 여부	109
〈표 4-25〉 치료명령 대상자의 본건(대인범죄 중) 피해자 유형	109
〈표 4-26〉 치료명령 대상자의 치료명령 원인 유형 구분	110
〈표 4-27〉 정신장애 문제 대상자의 정신장애 진단 유형	111
〈표 4-28〉 정신장애 문제 대상자의 공존병리 유형	111
〈표 4-29〉 중복 문제 대상자의 공존병리 현황	112
〈표 4-30〉 본건 범죄 유형별 보호관찰 기간 현황	114
〈표 4-31〉 본건 범죄 유형별 치료명령 기간 현황	115
〈표 4-32〉 범죄 전력에 따른 보호관찰 기간 현황	116
〈표 4-33〉 범죄 전력에 따른 치료명령 기간 현황	116
〈표 4-34〉 치료명령 원인 유형에 따른 보호관찰 기간 현황	117
〈표 4-35〉 치료명령 원인 유형에 따른 치료명령 기간 현황	117
〈표 4-36〉 치료명령 대상자의 치료 유형 현황	118
〈표 4-37〉 치료명령 대상자 유형별 치료기관 현황	119
〈표 4-38〉 치료명령 대상자의 심리치료자 유형	119
〈표 4-39〉 치료명령 대상자의 치료 순응도	120
〈표 4-40〉 치료명령 대상자의 치료비용 부담	120
〈표 4-41〉 치료명령 보호관찰의 종료 사유 현황	122
〈표 4-42〉 연도별 치료감호소 출소자 및 출소 세부 현황	125
〈표 4-43〉 연도별 치료감호 가종료자의 치료감호 수용기간 현황	126
〈표 4-44〉 연도별 치료감호 가종료자의 죄명 현황	127
〈표 4-45〉 치료감호 가종료자의 전과 횟수 현황	128
〈표 4-46〉 치료감호 가종료자의 정신과적 진단명 현황	129

〈표 4-47〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자 접수 및 실시 현황	130
〈표 4-48〉 치료감호 유형별 보호관찰소 접수 및 실시 사건 현황 (2017년)	131
〈표 4-49〉 보호관찰 유형별 세부 접수 현황 (2017년)	132
〈표 4-50〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 성별 분포	132
〈표 4-51〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 연령 분포	133
〈표 4-52〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 혼인 상태	133
〈표 4-53〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 학력 수준	134
〈표 4-54〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 현재 직업 유형	135
〈표 4-55〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 기초 수급권자 지정 여부	135
〈표 4-56〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 본건 범죄 유형	136
〈표 4-57〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 세부 처분 현황	137
〈표 4-58〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 입건 경력	137
〈표 4-59〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 보호관찰 경력	138
〈표 4-60〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 치료감호 대상 유형	138
〈표 4-61〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 정신질환 진단 유형	139
〈표 4-62〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 보호관찰 종료 사유별 현황	143
〈표 4-63〉 보호관찰 대상자의 보호관찰 종료 사유별 현황	144
〈표 4-64〉 치료감호 가중료 취소된 보호관찰 대상자의 취소 사유 현황	145
〈표 4-65〉 치료감호 가중료 보호관찰 취소자의 보호관찰기간 경과 현황 (2017년)	146
〈표 4-66〉 성인 보호관찰 대상자의 보호관찰기간 경과 기준 재범 현황 (2014년~2016년) ...	146
〈표 4-67〉 치료감호 가중료 보호관찰 및 성인 보호관찰 대상자의 재범률 현황	148
〈표 4-68〉 기소유예 처분 현황 및 현재 보호관찰 상황	149
〈표 4-69〉 기소유예 대상자의 성별 분포	149
〈표 4-70〉 기소유예 대상자의 청소년/성인 여부	150
〈표 4-71〉 기소유예 대상자의 연령 분포	150
〈표 4-72〉 기소유예 대상자의 혼인 상태	151
〈표 4-73〉 기소유예 대상자의 학력 수준	151
〈표 4-74〉 기소유예 대상자의 현재 직업 유형	152
〈표 4-75〉 기소유예 대상자의 월소득 수준	152
〈표 4-76〉 기소유예 대상자의 가계 월소득 수준	153
〈표 4-77〉 기소유예 대상자의 기초 수급권자 지정 여부	153
〈표 4-78〉 기소유예 대상자의 주거 형태	154
〈표 4-79〉 기소유예 대상자의 주거 상태	154
〈표 4-80〉 기소유예 대상자의 동거인 유무	155

〈표 4-81〉 기소유예 대상자의 동거인 유형	155
〈표 4-82〉 기소유예 대상자의 본건 범죄 유형	156
〈표 4-83〉 기소유예 대상자의 전과 유무	156
〈표 4-84〉 기소유예 대상자의 전과 횟수 (본건 포함 횟수)	156
〈표 4-85〉 기소유예 대상자의 본건 이전 대인범죄 횟수	157
〈표 4-86〉 기소유예 대상자의 보호관찰 경력	157
〈표 4-87〉 기소유예 대상자의 본건 피해자와의 관계	158
〈표 4-88〉 기소유예 처분의 원인 유형 구분	158
〈표 4-89〉 정신장애 문제 기소유예 대상자의 진단 유형	159
〈표 4-90〉 정신장애 문제 기소유예 대상자의 공존병리 유형	160
〈표 4-91〉 중복 문제 기소유예 대상자의 공존 병리 현황	161
〈표 4-92〉 기소유예 대상자의 치료 유형별 현황	161
〈표 4-93〉 기소유예 대상자 유형별 치료기관 현황	162
〈표 4-94〉 기소유예 대상자의 심리치료자 유형	162
〈표 4-95〉 기소유예 대상자의 치료비용 부담 현황	163
〈표 4-96〉 기소유예 대상자의 종료 현황	163
〈표 4-97〉 기소유예 대상자 문제유형별 종료 현황	164
〈표 4-98〉 정신장애범죄인의 처분 결과	165
〈표 4-99〉 기소유예 대상자의 치료 순응도	166
〈표 6-1〉 최근 5년간 외래진료 현황	200
〈표 6-2〉 중증정신질환자 지역사회 치료 지원 강화 방안(요약)	201
〈표 6-3〉 최근 5년간 치료감호소 수용인원의 추이	212
〈표 6-4〉 행장감독과 보호관찰의 차이	216
〈표 6-5〉 정신 장애 및 범죄의 심각성에 따른 처분 유형 예시	220

그림 차례

[그림 2-1] DSM-IV-TR의 기분장애 분류	40
[그림 3-1] 치료명령제도 업무 절차	60
[그림 3-2] 자의입원 절차	72
[그림 3-3] 동의입원 절차	73
[그림 3-4] 보호의무자에 의한 입원 절차	75
[그림 3-5] 특별자치시장 등에 의한 입원(행정입원) 절차	78
[그림 3-6] 응급입원 절차	79
[그림 3-7] 외래치료명령 절차	81
[그림 4-1] 기간별 치료명령 사건 접수 현황	96
[그림 4-2] 연도별 치료감호 가종료 현황	126
[그림 6-1] 정신장애범죄인에 대한 일본 보호관찰소의 역할 개요	200
[그림 6-2] 일본 형법상 보안처분 체계	215

국문요약

1. 들어가며

2016년 강남역에서 발생한 ‘묻지마 살인사건’은 정신분열증이 있는 환자의 피해망상에 의한 살인사건이라는 점에서 우리사회에 큰 충격을 불러왔고, 또한 사제총기로 경찰을 살해한 ‘오패산 터널 총격사건’ 역시 다수의 범죄전과 경력이 있는 정신장애인에 의해 발생했다는 점에서 우리 사회가 정신장애인 범죄에 대한 대응을 적절히 하고 있는지에 대한 의문을 제기하고 있다.

그동안 정부는 정신장애인에 의한 범죄가 발생하였을 경우 치료감호소나 교도소 내의 의료적 처우 등을 통한 구금치료에 중점을 두어 왔는데, 최근에 발생한 정신질환 범죄는 지역사회 내에 거주하고 있는 사람들에게 의해서 발생하였고, 전과경력과 치료경력이 있는 자에 의해서 발생하는 경우가 많았기 때문에 사후처벌보다는 사전관리와 재발방지에 중점을 두어야 할 필요성이 강하게 제기되고 있다.

한편 정신장애범죄인의 재범률이 높다는 점도 문제점으로 지적되고 있다. 경찰청의 ‘2016 범죄통계’에 따르면 정신장애범죄인은 초범(14.7%)보다 9범 이상(17.1%)의 비중이 더 큰 것으로 나타나고 있고, 재범요인으로는 정신장애범죄인이 퇴원한 이후에 직면하는 사회적·경제적 요인과 함께 지속적으로 치료되지 못하여 재발하는 정신질환요인이 지적되고 있다.

이와 같이 정신장애인의 범죄예방을 위한 지역사회 내 관리가 더욱 중요해짐에 따라 경찰단계의 범죄예방과 보호관찰단계에서의 지도·감독 및 사회복지지원이 효과적으로 이뤄져야할 필요성이 제기되고 있다.

2. 정신장애의 유형과 범죄

정신장애와 범죄의 상관관계에 대해서는 정신의학 분야에서 많은 연구결과들이 있으나, 명확한 기준을 제시하는 연구결과는 찾아보기 어렵다. 일반적으로 정신장애와 범죄와의 관련성은 약한 것으로 평가되고 있으며, 다만 몇몇 한정된 질환과 집단에서만 강한 상관관계가 인정되는 것으로 평가되고 있다. 현행 정신건강복지법에서 규

2 정신질환자 범죄의 예방 및 감소를 위한 지역사회 내 관리방안

정하고 있는 정신질환 중 범죄와의 상관관계가 있는 것으로 평가되는 유형인 정신분열장애(조현병), 망상장애, 기분장애 등이 범죄와 상관관계가 있는 것으로 보고되고 있다.

3. 정신장애범죄인 현황

정신장애인의 대부분은 범죄와 무관하게 생활하고 있으나, 일반인이 어떠한 원인에 기인하여 범죄를 저지르는 것과 같이 정신장애를 가지고 있는 자 중에는 정신장애가 원인이 되어 범죄를 저지르는 자가 있다는 것도 사실이다. 그러나 그 수는 매우 적은 수로 전체범죄자(200만명)의 0.1~0.3% 내의 범위이다(발생비율로 보더라도 15분의 1 수준).

2012년부터 지난 5년 동안 범죄를 저지르는 정신장애인의 인원은 꾸준히 증가하였다. 그리고 이러한 정신장애범죄인이 저지르는 주요 죄명으로는 형법범인 재산범죄와 강력범죄(특히, 폭력범죄)가 가장 높은 비율을 차지하고 있음을 확인하였다. 또한 정신장애범죄인의 전과 현황을 살펴보면, 전과가 없는 초범과 9범 이상의 전과자가 모두 증가추세를 보이고 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이, 정신장애인에 의한 범죄의 발생률 자체는 전체 범죄 발생률과 비교했을 때 매우 낮지만, 전체적으로 정신장애인에 의한 범죄발생이 증가 추세에 있기 때문에 이에 대한 대책을 마련할 필요가 있다. 또한, 9범 이상의 전과자뿐만 아니라 전과가 없는 초범도 증가하고 있다는 점에서 재범률 감소 측면에서 뿐만 아니라 범죄 예방의 측면에서도 대책을 마련할 필요가 있다.

4. 정신장애범죄인의 지역사회 내 관리를 위한 법제도 분석

정신장애범죄인을 지역사회 내에서 관리할 수 있는 현행 법제도는 크게 형사법상의 제도와 정신건강복지법상의 제도로 나누어 볼 수 있다.

가. 형사사법적 대응

현행 형사사법제도상 정신장애범죄인에 대해서는 범행 당시의 책임능력의 유무와

정도에 따라 형벌과 보안처분이라는 형사제재로 법적 대응을 하고 있다. 치료감호로 대표되는 정신장애범죄인에 대한 보안처분은 대체로 중범죄를 저지를 경우에 적용되고 경미한 범죄를 저지른 정신장애인에 대해서는 치료명령이 적용된다.

이상과 같은 정신장애범죄인에 대한 형사법적 대응은 주로 시설수용을 원칙으로 하는 시설 내 처우를 위주로 운용되고 있는데, 이중 치료감호소 퇴소자(만기출소, 가종료 등)나 경미한 범죄를 저지른 정신장애범죄인에 대한 지역사회 내에서의 사회 내 처우를 바탕으로 하는 형사법적 대응은 다음과 같다.

1) 치료감호법상 치료명령제도

치료명령제도는 2015년에 개정된 「치료감호 등에 관한 법률(이하 치료감호법)」에서 도입되어 2016년 12월 2일부터 시행되고 있다. 제도 도입 당시 주취자에 의해 계속해서 발생하고 있는 범죄 현상과, ‘강남역 살인사건’ 등과 같이 정신질환으로 인해 발생한 범죄가 여론의 주목을 끌면서 주취자 및 정신장애인에 대한 처우의 필요성이 증가함에 따라 관련 대책마련이 강하게 제기되었다. 특히 주취자·정신질환자의 범죄의 경우 범죄발생 원인에 대한 근본적인 치료라는 접근 없이는 재범을 방지하는 것이 어렵기 때문에, 주취·정신질환자가 치료감호 대상에 해당하지 아니하는 경미한 범죄를 저지르더라도 형사절차를 통해서 치료를 받도록 할 필요가 있었고, 치료명령 제도는 이러한 취지하에 도입된 것이다.

2) 치료감호법상 치료위탁제도

현행 치료감호법은 치료감호심의위원회를 거쳐 치료감호를 선고받은 피치료감호자에 대하여 집행 후 1년이 지난 경우에는 상당한 기간을 정하여 당사자의 법정대리인, 배우자, 직계친족, 형제자매에게 치료감호시설 이외의 시설에서 치료를 위탁할 수 있도록 하는(동법 제23조 제1항) ‘치료위탁제도’를 두고 있다.

3) 치료감호소 종료(가종료)자 사후관리제도 : ① 보호관찰제도

현행 치료감호법은 치료감호가 가종료된 자에 대해서는 보호관찰을 받도록 규정하고 있다. 치료감호가 가종료된 자의 경우 시설 내에서의 적절한 처우를 통해 재범위험

4 정신질환자 범죄의 예방 및 감소를 위한 지역사회 내 관리방안

성이 낮아져 이에 따라 사회 내 처우가 적절하다고 판단된 자에 대해서 3년 간의 보호관찰을 조건으로 처분의 집행을 가종료하는 형식으로 퇴소를 시키고 있다.

4) 치료감호소 종료(가종료)자 사후관리제도 : ② 정신건강서비스 및 외래진료

현행 치료감호법은 치료감호시설을 출소한 자가 치료감호시설에서의 외래진료를 신청한 경우에는 일정한 기간의 범위 내에서 무료로 통원치료를 받을 수 있도록 하는 ‘외래진료제’를 시행하고 있다(동법 제36조의3). 또한 2016년에 개정된 치료감호법에서는 치료감호시설 출소자가 지역 정신건강복지센터에 등록하여 상담, 진료, 사회복귀훈련 등 정신건강복지센터의 정신보건서비스를 받을 수 있도록 하는 규정을 신설하여 출소자의 치료 및 관리를 도모하고 있다(동법 제36조의2).

나. 정신보건의료적 대응

특정 범죄를 저질러 일정한 요건을 갖춘 정신장애범죄인은 치료감호나 치료명령의 대상자가 되어 형사사법체계 내에서 대응을 하지만, 이러한 요건을 충족하지 못하여 치료감호·치료명령의 대상에서 제외된 정신장애범죄인, 또는 자·타해 위험성이 있는 정신장애인의 경우에는 정신보건의료체계 내에서 대응을 하고 있다. 현행 우리나라의 정신보건의료체계는 정신건강복지법에 의거하여 정신장애인이 자·타해 위험이 있거나 가족이나 이웃 등 주위사람들이 수인하기 어려운 행동을 하는 경우에 있어 이에 대해 치료적 조치를 할 수 있도록 규정하고 있으며, 대표적인 치료적 조치로는 강제입원을 포함한 입원제도와 외래치료명령제도가 있다.

1) 입원제도

정신건강복지법에서는 5가지의 입원제도를 두고 있다. 입원의 자발성 유무에 따라 대상자가 자발적으로 입원하는 자의입원과 동의입원이 있고, 대상자의 의사와 무관하게 강제로 입원시킬 수 있는 보호의무자에 의한 입원, 특별자치시장 등에 의한 입원, 응급입원이 있다.

2) 외래치료명령제도(제64조)

정신의료기관의 장은 정신병적 증상으로 인하여 입원을 하기 전 자상타해의 행위를 한 자 대해서 보호의무자의 동의를 받아 특별자치시장 등에게 1년의 범위 내에서 외래치료명령을 청구할 수 있고, 특별자치시장 등은 외래치료 명령의 청구를 받았을 때에는 소관 정신건강심의위원회의 심의를 거쳐 1년의 범위 내에서 기간을 정하여 외래치료를 받도록 정신질환자에게 명령할 수 있으며, 국가와 지방자치단체가 외래치료명령에 따라 발생하는 비용의 전부 또는 일부를 부담할 수 있도록 하였다(정신건강복지법 제64조).

다. 현행 제도의 문제점과 한계 - 치료적 관점

1) 치료감호제도

현행 치료감호제도는 피치료감호자에 대한 적절한 치료와 다양한 처우프로그램 등을 통해 재범방지와 그들의 원활한 사회복귀를 위해 노력하고 있으나, 퇴소자에 대한 대책이 미흡한 점을 들 수 있다. 특히 가중료 또는 만기 종료로 인해 퇴원한 피치료감호자의 경우 정신질환 관련 치료와 사회복귀처우를 받았다고는 하지만, 여전히 일반인에 비해 사리분별력과 자기통제력이 약하기 때문에 이들에 대한 지속적인 치료 및 보호·관리가 이루어지지 않으면 다시 범죄를 저지를 가능성이 매우 크다.

따라서 치료감호소 출소자에 대해 필요한 의료체계와 보호·관리 인프라를 확보하여 사회 내에서의 지속적이고 효율적인 치료 및 보호·관리를 실시하고, 이를 통해 재범을 방지하고 원활한 사회복귀를 위한 방안을 강구하는 것은 형사정책뿐만 아니라 정신보건의료정책에 있어서도 매우 중요한 과제라고 할 수 있다.

현행 치료감호법은 피치료감호자의 치료감호시설 수용기간을 명문으로 규정하고 있다. 즉 1호 처분 대상자인 심신장애인과 3호 처분 대상자인 소아성기호증, 성적가학증 등 성적 성벽 있는 정신성적 장애인의 치료감호 기간은 15년으로 제한하고 있고, 또한 2호 처분 대상자인 마약 알코올 등 중독자에 대해서는 2년으로 제한하고 있다. 다만, 「특정 범죄자에 대한 보호관찰 및 전자장치 부착 등에 관한 법률」 제2조 제3호의 2에 따른 살인범죄(이하 ‘살인범죄’라 한다)를 저질러 치료감호를 선고받은 피치료감호자가 살인범죄를 다시 범할 위험성이 있고 계속 치료가 필요하다고 인정되는 경우

에는 법원은 치료감호시설의 장의 신청에 따른 검사의 청구로 3회까지 매회 2년의 범위 내에서 기간을 연장하는 결정을 할 수 있도록 하고 있어 법률적으로는 피치료감호자를 최장 21년간 수용할 수 있다.

문제는 재범위험성과 치료의 필요성에 근거하여 부과되는 치료감호제도의 특성상 처분의 근거가 되는 위험요인이 제거되지 않는 한 피치료감호자의 보호와 사회방위를 위해서 해당 처분이 계속 유지되어야 함에도 불구하고, 일반인 수형자의 형집행과 같이 수용기간이 만료되면 피치료감호자를 시설에서 퇴소를 시켜야하는 모순된 상황에 직면하게 된다는 점이다. 이와 같은 제도적 모순을 보완하고자, 2017년에 개정된 치료감호법은 치료감호 만기종료자에 대해서 보호관찰의 필요성이 인정될 경우 3년간 보호관찰을 받을 수 있도록 하여 만기종료자에 대한 사회 내에서의 처우와 관리가 가능하도록 길을 열어주긴 하였지만, 이 역시 3년 후가 문제이다.

2) 형사사법체계와 정신보건의료체계의 협력관계 부재

형사사법에 있어서 치료처분에 대한 기대는 형사처분을 면제하지만 치료감호를 원용하여 사회로부터 격리함으로써 재범을 예방하고자 하는 대책이 주된 목적으로, 정신의료에 있어서의 격리기능, 즉 형벌의 대체역할로 기대되고 있다. 그러나 이러한 기대는 장기입원이 당연히 되었던 입원중심의 과거 정신의료체계에 있어서는 환자의 장기수용에 강한 거부감 없이 형사사법과 정신의료와의 관계에서 암묵의 협조관계가 이루어질 수 있겠지만, 탈시설화를 중심으로 하는 현 정신의료체계에서는 이러한 형태의 협조관계는 기대할 수 없다.

예컨대, 치료감호시설 퇴소(가종료 또는 만기)자 또는 치료명령대상자에 대한 정신의료기관과의 치료연계 또는 치료협조가 이루어져 지역사회 내의 정신의료기관에서의 강제입원치료 또는 통원치료가 이루어진다고 하더라도, 정신보건전문의를 의해 입원치료 또는 통원치료 불요로 판정될 경우 형사사법기관과 정신의료기관의 판단기준의 차이에 의한 문제가 언제든지 발생할 수 있다.

한편 이러한 문제는 형사제재체계와 정신보건체계에 있어서의 강제치료처분 절차에서 발생하는 차이에서도 나타날 수 있다. 즉, 앞서 살펴보았듯이 정신건강복지법상의 강제입원제도는 현재의 자·타해 위험성을 근거로 대상자를 보호하고 정신과의

는 자·타해 위험성을 목전에 두고 진단을 하여 판정을 함으로써 병상의 파악과 위험성의 판정이 비교적 용이하다고 할 수 있다. 그러나 형사사법절차에 있어서는 문제행동의 발생으로부터 진단까지에 수사기간이 있고, 또한 기소 전의 감정이 실시되면 적어도 2~3개월의 기간이 소요되는데, 이 기간 동안에 충분히 문제행동의 원인이 된 병상이 없어지거나 완화될 가능성이 있고, 이렇게 되면 위험성이 있다고 판정을 하고자 하는 경우 형사사법체계와 정신의료체계의 차이에 의한 문제가 발생할 수 있다. 예컨대 한편으로는 살인이나 방화 등의 중대 범죄를 저지른 사실이 엄연히 존재하고, 다른 한편으로는 판단 시에 이미 병상이 완화되었다고 하는 사례를 상정해 볼 때, 이 경우 재판관은 사회의 안전에 중점을 두고 치료를 고려하기 때문에 판정에 큰 고민이 없을 것으로 생각되지만, 정신과전문의는 어디까지나 치료에 중점을 두고 있기 때문에 위험성 소실의 판단과 강제치료처분 불요 또는 해제의 판정에 있어서 고민할 수밖에 없다.

이러한 상황으로 인해 정신장애범죄인들은 정신보건체계와 사법체계 그 어느 쪽에도 적용되지 못한 채 서로 떠넘겨지며 양쪽에서 배척당하고 있다. 정신장애범죄인에 대한 처우는 형사사법체계와 정신보건의료체계가 서로 협력함으로써 가장 효과적으로 관리될 수 있음은 분명해 보인다. 현재와 같이 형사사법체계가 정신보건의료체계를 통한 치료처우를 대신할 수 없기 때문에 정신보건의료체계상의 치료처우를 이용할 수 없다는 이유만으로 정신장애범죄인에 대한 격리와 수용 위주의 대책이 지향되어서는 안 될 것이다. 정신장애범죄인의 경우에도 본질은 범죄행위의 원인이 정신질환에 근거하고 있다는 점에서 정신장애인의 처우와 근본적으로 다르지 않다는 점을 고려할 때, 정신장애범죄인에 대한 대책은 정신보건의료체계상의 처우를 중심으로 형사사법체계가 보완하는 형태로 협력관계를 강화해 나갈 필요가 있다.

5. 시설 출소자 및 치료명령대상자의 지역사회 내에서의 관리방안

가. 시설 퇴소 후 치료처우의 강화 - 지역정신보건의료와의 연계 강화

앞서 언급하였듯이 피치료감호자들은 범죄자이기 이전에 치료를 받아야 하는 환자라는 점에서 형사사법의 처우대상이자 정신보건의료의 처우대상이다. 따라서 이 이질

적인 두 분야의 처우가 유기적이고 체계적으로 결합되어 실시될 때 이들에 대한 효율적인 치료 및 보호·관리가 이루어지고 원활한 사회복귀를 기대할 수 있다. 실제로 연구에 의하면 범법 정신장애인의 경우 퇴원 후 정기적인 투약이 재범방지에 미치는 영향이 매우 큰 것으로 보고되고 있는데, 피치료감호자는 만성적인 정신질환이나 약물 등의 심각한 중독증상 등으로 인해 치료의 효과가 더디게 나타나고, 이로 인해 이들 대부분은 퇴원 후에도 잔류증상이 있어 퇴원 후에도 치료약물의 복용을 계속하지 않을 경우 증상이 재발될 가능성이 매우 높고, 이러한 증상에 기인한 재범의 발생 가능성도 함께 높아지게 된다. 이와 반대로 조현병 환자가 저지른 살인 등의 강력범죄는 대부분 발병 후 첫 치료를 받기 전에 발생하고, 치료 이후에는 범죄 위험성이 94% 이상 감소한다고 하는 연구보고도 있다. 따라서 이러한 대상자의 특수성을 고려할 때 피치료감호자의 자발성에만 의존하는 현재의 피치료감호자에 대한 보호관찰제도는 개선될 필요성이 있다.

또한 정신건강복지센터 역시 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시하기 위하여 지역사회에 설립되어 있으나, 전국 164개의 정신건강복지센터에서 각 지역사회에 거주하고 있는 약 33만명의 만성 정신질환자를 담당해야하는 실정으로, 현재 약 20만명이 서비스 미충족 상태로 있다는 점을 고려할 때 퇴원한 피치료감호자에 대한 특별한 처우를 기대하기 어려운 실정이다. 따라서 앞으로 구체적으로 피치료감호자와 관련된 업무를 어떻게 어느 범위까지 담당할 것인지, 보호관찰소와의 연계는 구체적으로 어떻게 할 것인지 등에 관한 문제를 해결하지 않으면, 현행 등록제도는 피치료감호자에 대한 사후관리 측면에서 효율성과 효과성이 담보되지 않아 형해화될 가능성이 매우 크다.

이러한 상황을 고려할 때, 현 제도에 대한 개선방안으로는 우선 대상자에 대한 치료의 강제를 확보할 수 있는 보호관찰제도의 정비가 필요하다.

정비방안으로서는 퇴원 후 피치료감호자의 치료처우는 지역사회에서의 정신보건 의료와의 연계가 매우 중요하다는 점에서 일본의 사례와 같이 대상자의 지역사회에서의 보호·관리와 치료처우의 효과적인 실시를 위해서는 사법기관, 의료기관, 정신보건센터, 보건소 등 정신보건복지와 관련된 많은 기관이 관계하기 때문에, 대상자와 이들 관계기관과의 연계 확보와 대상자 처우의 코디네이터 역할을 보호관찰소가 전담

하는 조직체계를 구성하고, 또한 이를 담당하는 정신보건복지와 관련된 지식과 경험 등을 갖춘 전문 보호관찰관을 확보할 필요가 있다

다음으로 지역사회의 정신보건의료기관(정신건강복지센터)과의 긴밀한 연계방안과 효율적 활용방안을 모색할 필요가 있다. 최근 보건복지부는 2018년 7월 23일자 보도자료를 통해 정신장애인의 시설 퇴소 후에도 지속적인 치료의 필요시 환자의 동의 없이도 사례관리를 추진하는 방안을 모색하겠다는 의지를 피력하였다. 따라서 정신건강복지법 상의 정신장애인에 대한 치료처우 등에 관한 규정이 피치료감호자에 게도 적용되게 함으로써 보건복지부에서 시행하는 정책과의 연계를 도모하는 방안을 모색할 필요가 있다. 예컨대 보호관찰 중인 대상자가 치료와 관련된 준수사항을 위반하여 적절한 치료를 받지 않고 이로 인해 증상이 악화되어 자상타해의 위험성이 높아졌을 때에는 가종료 취소뿐만 아니라 정신건강복지법 상의 정신질환자에 대한 치료적 개입 규정을 적극적으로 활용하는 방법도 고려해 볼 수 있다.

나. 잔여형기처우의 개선

최근 강남역 묻지마 살인사건의 가해자에 대해서 대법원은 징역 30년을 선고한 원심판결을 확정하고, 치료감호와 20년의 위치추적 전자장치(전자발찌) 부착 명령도 그대로 유지하였다.

현행 치료감호법은 형과 치료감호가 병과되는 경우에 처분 선집행주의와 대체주의가 적용되어 형의 집행에 앞서 치료감호를 먼저 집행하도록 규정하고 있다(제18조). 그러나 상기의 사례에서 나타나듯이 치료감호 종료 후 잔여형기의 처리문제가 발생하게 된다. 현행 치료감호법은 앞서 언급한 바와 같이 법률적으로는 피치료감호자를 최장 21년간 수용할 수 있다. 이러한 상황을 고려할 때 상기의 사례의 경우 최대 21년간 치료감호소에 수용될 수 있고, 나머지 9년은 교도소에서 형의 집행을 받게 된다.

독일과 같이 형벌 또는 형벌의 일부가 보안처분에 앞서 집행되는 것을 통해 보안처분의 목적이 쉽게 달성되는 경우에는 형벌 또는 형벌의 일부를 보안처분에 앞서 집행될 수 있도록 하여(독일형벌 제67조 제2항), 치료감호 종료·가종료시 행정감독으로 전환하여 사회 내 치료처우로서의 보안처분의 집행을 하는 방법을 고려해 볼 수 있다.

다. 입법정책 - 피치료감호대상자에 특화된 보안처분제도의 마련

피치료감호자는 앞서 말한 바와 같이, 대부분은 정신장애의 잔류증상을 가지고 있어 사회 내에서 적절한 치료가 이루어지지 못하여 증상이 악화될 경우 곧바로 재범과 연결될 가능성이 매우 높다. 더욱이 피치료감호자의 수용인원이 계속 증가추세를 보이고 있고, 이로 인해 과밀수용 현상이 나타나고 있다는 점을 고려할 때, 증상의 호전이 상당하지 않거나 또는 기대되지 않는 상황인 경우에도 가퇴원이나 치료위탁 등으로 불가피하게 퇴원을 시켜야만 하는 상황에 직면하고 있어 퇴원 후 피치료감호자에 대한 보호관찰의 중요성은 점점 더 강조되고 있다.

그러나 이러한 보호관찰의 역할에도 불구하고 보호관찰제도는 그 태생적 한계로 인해 사회방위의 관점에서 요청되는 범죄자의 사후 통제수단의 역할 수행에 있어 한계를 가질 수밖에 없는 상황이다. 즉 재범위험성이 낮은 범죄자의 재사회화를 통한 사회복귀를 목적으로 도입된 사회 내 처우제도인 보호관찰제도는, 최장 21년간의 수용기간 중 정신질환 상태의 호전이 인정되지 않아 사회복귀가 가능하지 않다고 판단된 피치료감호자에 대해 상기 취지의 보호관찰제도를 적용하여 이들에 대한 재범 위험성의 관리와 치료, 그리고 사회안전의 확보라고 하는 제도의 역할과 효과를 기대하기에는 한계가 있을 수밖에 없다.

이와 같이 현행 치료감호법에서는 부과의 근거와 본질이 상이한 두 가지 처분을 보호관찰이라는 이름 하에 하나의 제도로 운용함으로써 제도 운영의 문제와 한계를 스스로 노정하고 있으며, 이는 곧 우리나라 보호관찰제도에 부담으로 작용하고 있다.

따라서 이러한 모순된 제도 운영을 바로잡을 필요가 있으며, 이를 위해 입법정책으로서 처분집행시설로부터 석방된 사람에 대하여 지속적인 치료와 보호의 필요성, 그리고 다시 범죄를 저지를 가능성이 있다는 재범위험성을 인정하여 법원의 결정에 의하여 사회 내에서 출소자의 행장을 지도·감독할 수 있는 제도, 즉 독일의 행장(行狀)감독과 같은 자유제한적 보안처분의 도입을 모색할 필요가 있다.

6. 결론

정신장애범죄인들은 범죄자이기 이전에 치료를 받아야 하는 환자라는 점에서 형사

사범의 처우대상이자 정신보건의료의 처우대상이다. 따라서 이 이질적인 두 분야의 처우가 유기적이고 체계적으로 결합되어 실시될 때 이들에 대한 효율적인 치료 및 보호·관리가 이루어지고 원활한 사회복귀를 기대할 수 있다. 그러나 불행하게도 우리 사회는 정신질환을 앓고 있는 환자가 지역사회에서 안정된 삶을 살 수 있도록 충분한 도움을 주지 못하고 있다.

정신장애범죄인의 경우에도 본질은 범죄행위의 원인이 정신질환에 근거하고 있다는 점에서 정신장애인의 처우와 근본적으로 다르지 않다. 앞서 살펴보았듯이 정신장애범죄인에 대한 처우는 형사사법체계와 정신보건의료체계가 서로 협력함으로써 가장 효과적으로 관리될 수 있음은 분명해 보인다. 물론 양쪽 체계를 통합하는 접근방식이 현실에서는 많은 어려움이 있겠지만, 만약 실행할 수만 있다면 양쪽 모두에게 많은 도움이 될 것이다. 즉 양쪽 체계에서 일하는 사람들이 서로 협조할 경우 자신들이 이용당한다는 느낌대신 오히려 각자의 역할을 더 잘 할 수 있고, 제한된 자원의 이용을 극대화 할 수 있으며, 양쪽 체계에서 환자를 떠넘기는 현상을 최소화할 수 있을 것이다. 그러나 가장 중요한 점은 무엇보다 그러한 협력적 접근방식을 통해 정신장애범죄인에게 필요한 치료처우와 사회복귀처우를 제공할 수 있고, 또한 환자가 자신의 행동에 책임을 지도록 만들 수 있을 것이다. 현재와 같이 형사사법체계가 정신보건의료체계를 통한 치료처우를 대신할 수 없기 때문에 정신보건의료체계상의 치료처우를 이용하는데 한계가 있다는 이유만으로 정신장애범죄인에 대한 격리와 수용 위주의 대책이 지향되어서는 안 될 것이다.

제 1 장



서 론

안 성 훈

서론

제1절 연구목적

현대인들은 크고 작은 스트레스에 시달리면서 기분장애, 불안장애, 우울증, 공황장애 등의 정신질환에 노출되어 있다. 그리고 때때로 이와 같은 스트레스와 정신장애에 기인하여 중대한 범죄를 저질러 우리 사회를 충격에 빠뜨리기도 한다.

2016년 강남역에서 발생한 ‘묻지마 살인사건’은 정신분열증이 있는 환자의 피해망상에 의한 살인사건이라는 점에서 우리사회에 큰 충격을 불러왔다. 또한 사제총기로 경찰을 살해한 ‘오패산 터널 총격사건’ 역시 다수의 범죄전과 경력이 있는 정신장애인에 의해 발생했다는 점에서 우리 사회가 정신장애인 범죄에 대한 대응을 적절히 하고 있는지에 대해 의문을 제기하게 만든다.

그동안 정부는 정신장애인에 의한 범죄가 발생하였을 경우 치료감호소나 교도소내의 의료적 처우 등을 통한 구금치료에 중점을 두어 왔다. 그러나 최근에 발생한 정신질환범죄는 지역사회 내에 거주하고 있는 사람들에 의해서 발생하였고, 전과경력이 있거나 치료경력이 있는 자에 의해서 발생하는 경우가 많았다. 따라서 사후처벌보다는 사전관리와 재발방지에 중점을 두어야 할 필요성이 강하게 제기되고 있다.

한편 정신장애범죄인의 재범률이 높다는 점도 문제점으로 지적¹⁾되고 있다. 경찰청의 「2016 범죄통계」에 따르면 정신장애범죄인의 경우 초범(14.7%)보다 9범 이상(17.1%)의 비중이 더 큰 것으로 나타나고 있으며, 재범요인으로는 정신장애범죄인이 퇴원한 이후에 직면하는 사회적·경제적 요인과 더불어 지속적으로 치료되지 못함

1) 약물사범을 포함한 가중료 보호관찰 대상자의 42%가 3년의 보호관찰기간 동안에 재범을 저지르고, 정신장애범죄인의 재범률도 30% 수준에 이르고 있다는 연구결과가 보고되고 있다.

로 인해 재발하게 되는 정신질환요인이 지적되고 있다.

이에 따라, 정부는 2016년 12월부터 범죄를 저지른 주취·정신장애인 가운데 치료의 필요성과 재범의 위험성이 있는 심신장애인, 알코올 중독자 등에 대해 형의 선고 또는 집행을 유예하고 보호관찰관 감독 하에 전문병원에서 먼저 치료를 받도록 명할 수 있는 ‘치료명령제도’를 도입하여 실시하였다. 또한 치료감호 기간이 만료된 출소자에 대해서도 보호관찰제도를 도입하는 등 범법정신장애인에 대한 사회 내 치료와 관리를 강화하고 있다.

- 정신건강복지법에는 ‘응급입원’ 조항에 의해(제50조) 정신질환자로 추정되는 사람으로서 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 큰 사람을 발견한 사람은 그 상황이 급박할 경우 의사와 경찰관의 동의를 받아 정신의료기관에 응급입원을 의뢰할 수 있도록 규정하고 있음
- 2016년 정신건강복지법 개정으로 인해 경찰관에 의한 ‘행정입원’ 조항이 신설됨에 따라(제44조 제2항), 정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 사람에 대하여 경찰관이 행정입원 신청을 요청할 수 있는 근거가 마련되었음
- 치료감호법에서는 치료감호가 종료된 사람에 대하여 보호관찰을 부과하는 규정을 두었으며, 2015년 개정으로 주취·정신장애인이 경미범죄를 저지른 경우에도 형사사법절차를 통해 치료받을 수 있도록 하는 치료명령제도가 도입되었으며(제44조의2), 2017년 개정으로 치료감호 기간이 만료된 출소자에 대하여 보호관찰제도를 도입하는 규정이 신설됨(제32조 제1항 제3호)
- 2016년 치료감호법 개정으로 인해 치료감호가 종료된 사람에 대하여 치료감호가 종료된 사람이라도 지역사회 내에 있는 ‘정신건강복지센터’에 등록하고 보호관찰소와 협조 하에 상담, 치료, 재범방지 및 사회복귀 등의 사후관리를 실시하도록 규정되어 있음

이와 같이 개정된 법에 의해 정신장애인의 범죄예방을 위한 지역사회 내 관리가 더욱 중요해짐에 따라 경찰단계의 범죄예방과 보호관찰단계에서의 지도·감독 및 사회복귀지원이 효과적으로 이뤄져야 할 필요성이 제기되고 있다.

이에 본 연구는 새롭게 도입된 「치료감호 등에 관한 법률」상의 “치료명령제도” 및 치료감호 종료자(가종료자)에 대한 “사후관리제도”와 그 실시 현황 등을 파악하여 이와 관련된 정책적 지원현황을 탐색하고자 한다. 뿐만 아니라 정신장애범죄인이 아닌 정신장애인을 대상으로 하는 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」상 비자발적 대응에 해당하는 “강제입원제도” 및 “외래치료명령제도” 등도 함께 살펴봄으로써, 정신장애범죄인에 대한 향후 치료처우와 보호·관리방안을 강화하기 위하여 지역사회 내에서 형사사법체계와 정신보건의료체계가 상호 연계하는 방안을 모색하고자 한다.

제2절 연구 방법

본 연구보고서는 총 7장으로 구성되어 있다. 제1장에서 연구의 목적과 방법을, 제2장에서는 본 연구의 객체에 해당하는 정신장애범죄인의 개념 및 현황에 대하여 파악한다. 정신장애 및 정신장애범죄인의 개념을 파악하는데 있어서 주로 국내외에서 발간된 문헌을 중심으로 연구하였으며, 현황의 경우에는 대검찰청, 법원행정처 등 관련 기관에서 발간한 「범죄분석」, 「사법연감」 등 통계자료를 기반으로 하였다.

제3장에서는 이러한 정신장애범죄인을 관리하기 위하여 지역사회 내에서 어떠한 법제도를 두고 있는지, 그리고 이에 대한 문제점 및 한계의 존재 여부에 대하여 상세히 살펴보고자 한다. 형사사법적인 측면에서는 「치료감호 등에 관한 법률」에 근거하여, 또한 정신보의료건적인 측면에서는 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에 근거하여 실시되고 있는 현행 제도들의 문제점 및 한계를 분석함으로써 추후 개선방안을 제시할 때 반드시 고려되어야 할 토대를 마련하고자 한다.

제4장에서는 형사사법적인 측면에서 마련된 각종 제도들에 대한 실시현황을 살펴본다. 우선 각 제도의 대상자 특성 분석을 위해 다음과 같이 분석 대상자를 선정하였다. 치료명령제도는 시행일인 2016년 12월 2일부터 2018년 5월 31일까지 전국 보호관찰소에 판결문이 접수된 사례 중 집행이 불가능한 경우를 제외한 530명을 대상으로 선정하였으며, 제도 시행 초기인 점을 감안하여 치료명령 부과 대상자 전체의 특성 및 현황을 파악하고자 2018년 5월 31일 이전에 치료명령 기간이 만료된 대상자도 분석 대상에 포함하였다. 다음으로 치료감호 가종료 보호관찰 제도는 치료감호심의위원회로부터 치료감호 가종료 결정을 받은 후 2018년 5월 31일 현재 보호관찰 기간 중인 사람 769명을 대상으로 하였다. 마지막으로 정신건강 상담·치료조건부 기소유예 제도는 2016년 11월 28일 제도 시행 이후부터 2018년 5월 31일까지 전국 보호관찰소에 검찰의 선도위탁 의뢰서가 접수된 사례 중 소재불명 등의 사유로 집행이 불가능한 경우를 제외한 237명을 대상으로 하였으며, 2018년 5월 31일 현재 기소유예 처분 기간(6개월)이 만료된 대상자도 분석 대상에 포함하였다. 그리고 대상자의 거주지 이전 등으로 보호관찰소 간에 사건이 이송된 경우에는 하나의 사건으로 산정하였다.

선정된 각 제도 대상자의 특성을 확인하기 위해, 법무부 범죄예방정책국의 협조를

통해 형사사법포탈(KICS)의 보호관찰정보시스템(K-PIS)²⁾에서 관리하고 있는 자료를 수집하였다. 이를 기초로 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 인구통계학적 변인(연령, 성별, 학력, 직업, 기초 수급권자 지정 여부, 혼인 상태, 주거 형태 등)을 비롯하여 본건 범죄 유형 및 범죄 전력, 보호관찰 경력, 정신장애 유형 등의 자료를 수집하였다. 또한, 2018년 10월 25일 법무부에서 개최한 전국 치료감호 가중료 보호관찰 담당자 워크숍 당시 실시한 보호관찰 담당자 설문조사³⁾ 결과를 제공받았다.

치료명령 보호관찰 대상자 및 정신건강 상담·치료조건부 기소유예 대상자의 경우 2018년 5월 법무부 범죄예방정책국의 「치료명령제도 효과성 분석 및 발전적 개선방안 연구 TF 팀」⁴⁾에서 수집한 대상자 관련 자료 및 그 통계 분석 결과를 일부 제공받아 사용하였다. TF 팀에서는 보호관찰정보시스템(K-PIS)에 입력된 자료를 기초로 인구통계학적 요인(대상자의 연령, 성별, 학력, 직업, 월수입 및 가계 월수입, 기초 수급권자 지정 여부 등), 범죄 관련 요인(본건 범죄 유형과 범죄 전력 등), 정신장애 관련 요인, 치료명령 집행 관련 요인들을 수집하였다. 그리고 정신장애 세부내용, 치료기관 유형 및 치료순응도 등 보호관찰정보시스템(K-PIS)에서 공식적으로 관리하지 않는 사항에 대해서는 현재 보호관찰 대상자를 담당하고 있거나 과거에 담당하였던 보호관찰관을 통해 별도로 확인하였다. 또한, TF 팀에서 2018년 7월 전국 치료명령 담당자를 대상으로 실시한 치료명령 집행 관련 설문조사의 분석 결과⁵⁾를 제공받아 치료명령 대상자의 관리실태 등에 대한 담당자의 의견을 확보하였다.

제5장에서는 정신장애범죄인에 대한 지역사회 내 치료처우와 관련하여 주요 외국에서 실시하고 있는 관련 제도 및 정책들을 살펴보고자 한다. 주요 외국으로는 강제입원제도, 외래치료명령제도, 치료감호제도 등을 두고 있는 미국·독일·일본을 선정하였다. 연구방법으로는 정신장애범죄인에 대한 형사정책적 제도 등과 관련된 문헌들을 중심으로 비교법적 검토를 하는 연구를 진행하였다. 외국에서 실시되고 있는 관련

2) 기본적으로 보호관찰 담당자는 보호관찰 대상자의 판결문 또는 결정문 내용, 대상자가 작성한 개시신고서, 대상자 및 관계인과의 면담 결과 등을 종합하여 형사사법포탈의 보호관찰정보시스템(K-PIS)에 대상자 관련 사항을 입력한다.

3) 설문조사의 내용은 담당직원의 업무량과 업무 부담, 가중료 보호관찰 대상자에 대한 담당자의 인식, 지역사회 정신보건기관과의 협력 필요성 등으로 구성되었다.

4) TF팀은 심리학박사 학위 소지자, 정신보건임상심리사1급 자격증 소지자 및 치료명령 담당직원 등으로 구성하였고, 2018년 12월까지 치료명령제도의 현황 및 효과성을 분석을 진행하고 있다.

5) 설문조사에는 업무량과 업무 부담, 치료명령 대상자의 특성 및 담당자의 인식 등이 포함되었다.

제도들과의 비교법적 검토를 통해 현재 우리나라에서 실시되고 있는 제도들의 특성 및 한계를 더욱 분명하게 파악하여 추후 개선방향을 논의하는데 있어 시사점을 모색하고자 하였다.

제6장에서는 앞서 언급한 정신장애범죄인에 대한 개념(제2장), 형사사법적·정신보건의료적 측면에서의 법제도 검토(제3장), 관련 제도 실시현황 분석(제4장), 주요 외국과의 비교법적 검토(제5장)를 토대로 지역사회 내에서 정신장애범죄인을 관리하는 방안을 모색하고자 한다. 먼저, 지역사회 내 처우에 있어서 그 일반적인 원칙을 재정립함으로써 여러 제도들이 공통적으로 무엇을 지향해야 하는지에 대한 전반적인 고찰을 시도한다. 다음으로는, 정신장애범죄인과 관련된 각 제도의 개선방안에 대하여 살펴보고자 한다. 대상자를 선정하는 것에서부터 치료의 효과성을 높이고, 관련 전담 인력(전문가)을 최대한 활용하는 방안을 강구함으로써 제도적인 개선을 이끌어 내고자 한다. 그리고 마지막으로, 앞서 지적한 정신장애범죄인에 대한 관련 제도들의 한계를 바탕으로 이를 보완 및 개선하기 위한 입법적인 정책을 살펴보고자 한다. 우리나라의 경우 치료감호 종료(가종료)자에 대하여 재범의 위험성 여부와 상관없이 보호관찰기간이 끝나면, 더 이상 형사사법적인 그물망으로 포섭할 수 없어 정신질환자의 자발적인 치료행위에 기댈 수밖에 없다는 한계가 있다. 따라서 이러한 내재적인 한계를 극복하기 위하여 입법정책적인 방안들을 적극 모색하고자 한다.

이러한 논의들을 바탕으로 제7장에서 본 연구에 대한 결론을 도출하여 정리하고자 한다.

제 2 장

정신장애인과 범죄(Mentally Disordered Persons and Crime)

안 성 훈

제2장

정신장애인과 범죄(Mentally Disordered Persons and Crime)

제1절 정신장애와 정신장애범죄인

1. 정신장애와 정신장애범죄인의 개념

정신장애(mental disorder)와 정신질환(mental illness)의 개념의 구별에 대해서는 명확하지 않으며, 예컨대 정신질환범죄자, 정신장애범죄인, 범법정신장애인 등의 용어들이 일반적으로 특별한 구별 없이 동일한 개념으로 사용되고 있다.

의학적으로는 정신질환명에 'illness'라는 용어 보다는, 예컨대 기질성 정신장애(Organic Mental Disorders)나, 망상장애(Delusional Disorders), 기분장애(Mood Disorders)와 같이 질환(illness)이라기보다는 '장애'(disorder)라고 이름을 붙이는 경우가 많다. 그 이유는 정신질환의 경우 아직 원인에 관해 밝혀진 것이 적고, 불명확한 것이 있기 때문에 원인만을 기준으로 분류하기에는 많은 어려움 있다는 배경에 근거하고 있다.⁶⁾ 즉, 환자의 진료와 연구를 위해서는 어떤 식으로든 질병을 분류하여야 하는데 이를 위해서 증상론적 방법⁷⁾을 사용하여 정신과 질병을 분류하고 있으며,⁸⁾ 따라서 원인론적인 질병분류가 아니기 때문에 'illness'⁹⁾라는 용어 보다는 좀 더 포괄적인 'disorder'라는 용어를 사용하고 있다.¹⁰⁾

6) 병명에 장애(disorder)라는 용어가 많이 사용되고 있는데, 이는 개인에게 괴로움과 기능 저해를 수반하는 임상적으로 인지 가능한 일군의 증상이나 형태의 존재라는 뜻이다. 이정균/김용식 편저(2003), 「정신의학」(제4판), 일조각, 143쪽; 민성길 외 다수(2006), 「최신정신의학」(제5판), 일조각, 166쪽.

7) 증상이란 환자에 의해 묘사된 주관적 경험을 말한다. 민성길 외 다수(2006), 위의 책, 151쪽.

8) 이정균/김용식(2003) 편저, 앞의 책, 143쪽.

9) 한편 'illness'라는 용어도 'disease' 보다는 원인론적인 질병이라는 느낌이 약한 용어로, 환자의 주관적인 상태를 좀 더 강조하는, 즉 증상적인 면을 더 강조하는 용어이다.

정신장애의 의학적 분류는 일반적으로 정신질환(mental illness)과 정신지체(mental retardation)로 대별되는데, 정신질환은 과거에는 건강하였으나 나중에 병이 발생하여 나타난 것을 의미하고, 정신지체는 출생 시부터 또는 어려서부터 나타난 지적능력의 결손을 의미한다.¹¹⁾ 정신질환은 다시 정신신경증(psychoneurosis)과 정신병(psychosis)으로 구분된다.¹²⁾ 정신신경증은 불안의 증세를 중심으로 기질적(organic) 병변¹³⁾없이 외적 원인 또는 심인성 원인(psychogenic origin)에 의해서 신경증적 정신기제들이 작용하여 발현되는 것으로, 정신기제에 따라 강박증, 공포증, 불안장애, 성기능장애 등이 결과로 나타난다.¹⁴⁾ 이에 비해 정신병은 망상, 환각, 착란, 기억장애, 퇴행적 행동 등이 있고 사회적·개인적 기능장애가 심하여 사회생활이 곤란한 상태 또는 가정생활이나 직장의 일상생활을 수행하지 못하는 상태의 증상을 특징으로 하는 정신기능의 장애로, 정신병에 해당하는 질환으로는 기질성 정신장애, 정신분열병, 정신분열형장애, 분열정동장애, 망상장애, 공유정신병적 장애, 전반적 발달장애, 기타 정신병적 장애 등이 포함된다.¹⁵⁾

한편 정신질환의 법적 개념은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 정신건강복지법이라고 함)에서 찾아볼 수 있는데, 2016년 개정에 따라 법적인 정신질환자 개념이 정신건강복지법에서 '망상, 환각, 사고나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람(제3조 제1호)'으로 축소되었으나, 법적인 정신질환자의 범주에는 포함되지 않은 정신건강상 문제가 있는 사람이 동법의 적용 대상으로 추가되었다(아래 표 참조).

10) 신체의학에서는 질병을 주로 원인에 따라 분류하지만, 정신의학에서는 원인에 관한 지식이 아직 불충분하기 때문에 정신장애를 주로 증상에 따라 분류하고 있다. 대한신경정신의학회(2005), 신경정신의학 제2판, 중앙문화사, 131쪽.

11) 민성길 외 다수(2006), 앞의 책, 167쪽.

12) 위의 책, 167쪽.

13) 유기체(organism)를 조직하고 있는 제 기관(구조)의 손상에 의한 병변(출처: 민성길 외 다수(2006), 앞의 책, 167쪽).

14) 민성길 외 다수(2006), 앞의 책, 167쪽.

15) 대한신경정신의학회(2005), 앞의 책, 142쪽.

정신질환자

- 망상, 환각, 사고나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람(정신건강복지법 제3조 제1호)
- 정신건강상 문제가 있는 사람(동법 제3조 제7호, 동시행령 제2조)
 - ① 기질성 정신장애
 - ② 알코올 또는 약물중독에 따른 정신장애
 - ③ 조현병 또는 망상장애
 - ④ 기분장애
 - ⑤ 정서장애, 불안장애 또는 강박장애
 - ⑥ 그밖에 제1호부터 제5호까지의 장애에 준하는 장애로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장애

「장애인복지법」에서는 ‘정신적 장애’라는 용어를 사용하고, “정신적 장애란 발달장애 또는 정신질환으로 발생하는 장애를 말한다”고 규정하고 있다(동법 제2조 제2항 제2호).

「형법」에서는 정신장애 또는 정신질환에 대한 개념규정은 없고, 제10조에서 심신장애(심신상실·심신미약)라는 용어를 사용하고 있는데, 2011년 형법개정안에서 나타나듯이 정신장애와 동일한 용어로 사용되고 있다(동개정안 제22조 제3항, 제23조).

심신장애인

- 제10조(심신장애인)
 - ① 심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력이 없거나 의사를 결정할 능력이 없는 자의 행위는 벌하지 아니한다.
 - ② 심신장애로 인하여 전항의 능력이 미약한 자의 행위는 형을 감경한다.
 - ③ 위험의 발생을 예견하고 자의로 심신장애를 야기한 자의 행위에는 전2항의 규정을 적용하지 아니한다.

판례는 심신장애의 판단과 관련하여 “심신장애의 유무 및 정도의 판단은 법률적 판단으로서 반드시 전문감정인의 의견에 기속되어야 하는 것은 아니고, 정신질환의 종류 및 정도, 범행의 동기 및 원인, 범행의 경위 및 수단과 태양, 범행 전후의 피고인의 행동, 증거인멸 공작의 유무, 범행 및 그 전후의 상황에 관한 기억의 유무 및 정도, 반성의 빛 유무, 수사 및 공판정에서의 방어 및 변호의 방법과 태도, 정신병 발병 전의 피고인의 성격과 그 범죄와의 관련성 유무 및 정도 등을 종합하여 법원이 독자적으로 판단”할 수 있다고 하여,¹⁶⁾ 정신건강복지법의 정신질환자와는 다른 개념으로

사용하고 있음을 알 수 있다.¹⁷⁾

이상의 의학적 정의와 관련법 규정들을 종합하여 검토해 볼 때, 정신질환이라는 용어보다는 정신장애라는 용어가 형사법적 관점에서 사용하기에 적절한 용어로 생각된다. 이때의 ‘정신장애’란 정신건강복지법에서 규정하고 있는 정신질환과 정신건강상의 문제를 포함하는 개념이기는 하지만, 어디까지나 법률적 판단을 전제로 한다는 점에서 정신건강복지법에서 규정하는 개념과는 차이가 있다.

따라서 정신장애인은 동법에서 규정하고 있는 바와 같이 “망상, 환각, 사고나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람(제3조 제1호)”과 법적인 정신질환자 범주에는 포함되지 않는 정신건강상 문제가 있는 사람(제3조 제7호, 동시행령 제2조)이고, 정신장애범죄인은 이러한 정신장애를 가지고 있다는 법률적 판단을 받은 범죄자를 말한다. 이러한 이해를 바탕으로 이하에서는 정신장애, 정신장애범죄인라는 용어를 사용하고자 한다.

2. 정신장애의 유형과 범죄

정신장애와 범죄의 상관관계에 대해서는 정신의학 분야에서 많은 연구결과들이 있으나, 명확한 기준을 제시하는 연구결과는 찾아보기 어렵다. 일반적으로 정신장애와 범죄와의 관련성은 약한 것으로 평가되고 있으며, 다만 몇몇 한정된 질환과 집단에 한해서만 강한 상관관계가 인정되는 것으로 평가되고 있다.¹⁸⁾

예컨대, 독일의 Häfner와 Böker(1973)의 연구에서는 전체적으로 정신장애인들의 범죄율은 일반인보다 높지 않으나, 정신분열증 환자의 경우 일반인보다 다소 범죄율이 높은 것으로 나타나고 있으며, 우울증과 정신지체, 그리고 뇌손상을 입은 정신장애인들은 일반인보다 범죄율이 낮은 것으로 보고되고 있다.¹⁹⁾

16) 대법원 1994.5.13. 선고 94도581; 서울중앙지방법원 2012.1.17. 선고 2011고합1435.

17) 형법에서 의학적 용어가 아닌 심신장애라고 하는 용어를 규정하고 있는 것에 대해 다양한 종류의 정신질환을 명확히 구분하여 그것을 일일이 구체적으로 법에 규정하는 것이 어렵기 때문에 법해석과 전문의사의 감정 등을 통해 개개의 사안마다 범죄행위가 정신질환에 기인하여 형사상 책임을 물을 수 없는 것인지 여부를 판단하기 위한 조치라고 해석하는 견해도 있다. 윤석주(2018), “미국 정신질환 범죄자에 대한 처벌 및 재범방지를 위한 법과 제도 연구”, 국외훈련검사 연구논문, 9쪽.

18) 손외철(2011), “치료감호 가중료자의 재범요인에 관한 연구”, 동국대학교 박사학위논문, 21쪽.

19) 위의 논문, 21쪽.

이에 이하에서는 정신건강복지법에서 규정하고 있는 정신질환 중 범죄와 상관관계가 있는 것으로 평가되는 유형인 정신분열장애(조현병), 망상장애, 기분장애에 대해서 살펴보고자 한다.

가. 정신분열장애(Schizophrenia, 조현병)

정신분열병은 주요 정신병의 하나로서, 뇌의 기질적 장애로 인한 의식혼탁의 징조 없이 사고, 정동,²⁰⁾ 감각, 의욕, 운동성 행동 등 인격의 각 측면에서의 특이한 와해를 일으키는 병을 말한다.²¹⁾ 정신분열병은 병의 유병률이 비교적 높고(인구의 약 1%), 젊은 나이에 발병하며, 경과가 만성적이고 파괴적인 경우가 많고, 이 병으로 인한 사회의 직·간접적 비용이 매우 크기 때문에 정신분열병의 진단과 치료는 매우 중요하다.²²⁾

정신분열병의 특징적인 증상은 크게 정신병적 증상과 와해증상, 음성증상으로 나누어 설명될 수 있다.

1) 정신병적 증상

전형적인 정신병적 증상은 환각과 망상이다.

(가) 환각(hallucination)

환각은 정신분열병의 가장 특징적인 증상 중의 하나로, 감각기관에 대한 외부자극이 없는데도 마치 있는 것처럼 지각하는 것으로, 질적으로 실제 지각과 비슷하다.²³⁾ 정신분열병 환자들이 경험할 수 있는 환각으로는 환청(auditory), 환시(visual), 환촉(tactile), 환미(gustatory), 환후(olfactory hallucination)가 있으며 여러 환각이 함께 나타나기도 한다. 정신분열병에서는 환청이 가장 흔히 나타나는데 사람 목소리가 가장 많고 그 밖의 소리나 음악으로도 경험한다. 사람 목소리일 경우에는 중얼거리는 식으로 잘 안 들리는 경우도 있고 반대로 분명하게 들릴 수도 있다. 또 단어, 구절, 문장의

20) 희로애락과 같이 일시적으로 급격히 일어나는 감정 또는 진행 중인 사고 과정이 몇게 되거나 신체 변화가 뒤따르는 강렬한 감정 상태를 말한다(표준국어대사전).

21) 이정균/김용식 편저(2003), 앞의 책, 252쪽.

22) 민성길 외 다수(2006), 앞의 책, 242쪽.

23) 대한신경정신의학회(2005), 앞의 책, 421쪽.

형태로도 들린다. 환청에 대하여 환자별로 다양한 태도를 보이는데 어떤 환자는 아무런 관심을 갖지 않고, 어떤 환자는 매우 괴로워하며 환청의 내용과 투쟁하려 하기도 하며, 또한 어떤 환자는 환청이 지시하는 대로 행동하거나 환청에 대답하기도 한다.²⁴⁾

환시는 단일 물체가 보이거나 여러 물체가 보일 수 있는데, 형태는 빛이 번쩍거리거나 사람, 동물 또는 사물의 형태로 나타난다. 환후와 환미는 함께 경험하는 경우가 흔한데, 특히 불쾌한 맛이나 냄새를 자주 경험한다. 환촉은 몸에 무엇이 닿는 듯하거나 콧속 찌르거나 전기가 오는 듯이 찌릿찌릿하거나 또는 벌레가 피부 밑을 기어가는 느낌 등으로 경험한다.²⁵⁾

(나) 망상(delusion)

망상은 사고에 장애가 생긴 것으로, 그 사람의 교육적, 문화적 배경을 고려하더라도 사실이 아닌 것을 사실이라고 확신하는 것을 말한다.²⁶⁾ 정신분열병에서 보이는 망상은 그 내용에 따라 관계망상(reference), 피해망상(persecutory), 과대망상(grandiose), 신체망상(somatic), 종교망상(religious), 허무망상(nihilistic), 성적망상(sexual delusion) 등 다양하게 나타난다.²⁷⁾ 망상의 증상은 정신분열병 환자에게 주로 발생하지만, 기분 장애나 뇌장애, 그리고 물질사용으로 인해 정신병을 보이는 환자에게도 나타난다.²⁸⁾ 망상은 주로 관계망상이나 피해망상이 가장 흔하게 나타나는데, 과대망상도 드물지 않게 나타나고 있다.²⁹⁾ 망상은 환각, 특히 공격적인 내용의 환청을 동반하는 경우가 많다.³⁰⁾ 그 증례는 아래의 사례와 같다.

24) 위의 책, 421-422쪽.

25) 위의 책, 422쪽.

26) 위의 책, 422쪽.

27) 위의 책, 422쪽.

28) 위의 책, 422쪽.

29) 이정균/김용식 편저(2003), 앞의 책, 273쪽.

30) 위의 책, 273쪽.

망상 증례1

29세의 남자환자는 다른 사람들이 기침을 하여 자기를 괴롭히고 있다는 피해망상을 가지고 있었다. 그는 가상적 혹은 실제적인 기침소리에 괴로워하고 있었고, 이것을 병적인 증상으로 보는 사람들에게 심한 적개심을 품었다. 그는 정신감정을 한 정신과의사와 망상에 입각한 기물파괴로 일시 수감되었던 교도소의 직원을 상대로 다음과 같은 탄원서를 썼다.

존경하옵는 검찰총장님,

저로서는 도저히 해결할 수 없는 너무나 괴로운 일로 탄원하옵니다. 저는 4년 전부터 어디건 제가 있는 곳에서 제 주위에 있는 여러 사람들로 부터 가래침 뱉는 소리, 기침소리들 이외의 여러 종류의 소리로 자극을 받아 왔습니다. 저는 그러한 자극으로 살 의욕마저 잃을 정도의 심한 피해를 입고 있지만 제게 자극을 주려는 의도가 무엇인지, 이러한 일을 주도하는 사람이 누구인지 알지 못하며 그들은 자기들의 고의적 행위를 부정하고만 있습니다. 4년에 걸친 이러한 자극은 제게 너무나 괴롭고 고통스러워 정상적인 생활을 영위하지 못하고 있으며 생명을 가진 인간으로 살아 있을 수도 없을 것 같습니다. (중략)

부디 저의 타원을 들어주시어 악랄하고 잔인하고 조직적이고 계획적이라는 점 외엔 인간으로 느껴지지 않는 이들의 행위를 밝혀주시고 고소장도 처리하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

주소

탄원인 ○○○ 올림

※ 이정균/김용식 편저(2003), 『정신의학』(제4판), 268쪽 사례 인용.

망상 증례2

37세 된 작은 전자회사의 과장인 남자환자는, 3년 전부터 부인과 대수롭지 않은 이야기 도중 갑자기 누가 엿듣지 않나 걱정하면서, 부인에게 조용히 이야기하라고 주의를 주었다. 회사는 정상 출근하였지만, 항상 표정이 밝지 못하고 무언가 걱정하고 있었으며 긴장되어 있었다. 2년 전에 직장에서 정규 인사가 있었는데, 회사의 피치 못할 사정으로 몇 사람이 좀 늦게 발령이 나게 되었다. 여기에 환자가 속하게 되었는데 그날부터 “사장이 날 무시했다”면서 수일 간 울고는 “누가 나를 미행한다”, “라디오에서 나에 관한 이야기를 한다”, “길 가는 데 사람들이 나에 관해 수군거린다” 등의 말을 하면서, 밤에는 손전등을 들고 집 주위를 수색하고 불안해하며 잠을 자지 않았다. 이 때문에 모 대학병원에 2개월간 입원했다가 증상이 소실되어 다시 직장에 복직하였다. 전과 같지는 않았지만 계속 근무하다가 입원하기 3개월 전부터 “집에 누가 독가스를 넣는 것 같다”면서 걱정하고 미모의 부인을 밖에 나가지 못하게 하다가 어쩔 수 없어 시장에 내보면서도 갔다오면 밖에서 딴 남자와 정을 통하지 않았나 하여 철저한 몸수색을 하고 “기관에서 도청장치를 했다”, “나를 죽이려 한다” 등의 말을 하며 심하게 공포에 질리고 식사에 혹시 독이 들었나 의심하며 먹기를 거부하고 여기저기 구명운동을 하면서 국외로 망명하기를 원했다. 입원 후 자신은 자신을 해치려고 하는 어떤 기관에 의하여 입원하게 되었다고 하며 의사에게 논리정연하게 자신이 병들지 않았음을 주장했다. 처음에는 의사도 그 ‘조직’에서 보낸 사람이라고 생각했다. 그래서 입원 후 한동안 말을 잘 하지도 않았으나 치료받은 뒤부터 식사도 할 수 있고 의사와의 대화가 가능하였다. 약 2개월 후에는 자기 스스로 내가 병이었다고 말했다. 그러나 아직 주위를 의심하는 태도는 약간 남아 있었지만 입원 당시와 비교하면 많이 ‘정상화’되어 퇴원했다.

※ 이정균/김용식 편저(2003), 『정신의학』(제4판), 273쪽 사례 인용.

2) 와해증상(disorganization)

와해증상에는 와해된 언어, 와해된 행동과 괴이한 행동, 그리고 정동 불일치 등이 포함된다.

(가) 와해된 언어(disorganized speech)

와해된 언어는 일반적으로 사고장애(thought disorder)로 불리지만, 정확한 표현은 사고과정(thought process)의 장애를 의미한다.³¹⁾ 정신분열병에서 나타나는 대표적인 사고과정 장애는 연상 이완(loosening of association)으로, 이것은 생각이 한 주제에서 연관성이 없는 다른 주제로 진행되는 것을 의미한다. 연상 이완이 아주 심하면 전혀 이해되지 않는 생각이나 말을 하는 지리멸렬(incoherence)로 나타나고, 더 심하면 여러 개의 단어나 구절을 아무렇게나 섞어 말하는 말비빔(word salad) 증세를 보인다.³²⁾

연상이완 증례

한 32세의 남자 환자는 다음과 같은 편지를 썼는데 본래 의도하던 생각이 내부에서 일어나는 여러 생각 때문에 어떻게 연상과정의 해리를 일으키고 있는가는 보여주고 있다.

父母님前上書.

햇빛을 등지고 글월로 안녕 소식을 전합니다. 시간의 흐름이 늦은 것 같군요.

이 몸은 내 몸이 아니요, 바로 여러분들의 노예입니다. 존경하는 어머니! 감사합니다.

1969년 2월 2일 먼지가 뭉쳐서 떨어졌어. 즉, 부활이 됐지! 맛있게 라면을 먹다. 인내로 이성을 가져라. 노력 MP환자.- 발산은 능력을 가져야. 완전무결. 실패하라! 재출발.

2月は 왔다.

※ 이정균/김용식 편저(2003), 「정신의학」(제4판), 267쪽 사례 인용.

(나) 와해된 행동(disorganized behavior)과 괴이한 행동(bizarre behavior)

많은 정신분열병 환자들은 여러 형태의 와해된 운동성 행동과 사회적 행동을 보인다. 와해된 운동성 행동은 긴장성 혼미부터 긴장성 흥분까지 다양하게 나타나는데, 긴장성 혼미 상태에 있는 환자는 깨어있으면서도 꿈쩍하지 않고 말고 하지 않고 모든 자극에 대해 전혀 반응을 보이지 않고, 반대로 긴장성 흥분상태에서는 스스로 행동을 조절하지 못하고 목적 없는 운동성 활동을 보인다. 또한 정신분열병 환자들은 괴이하

31) 이에 비해 망상은 사고내용(thought content)의 장애를 의미한다. 대한신경정신의학회(2005), 앞의 책, 422쪽.

32) 위의 책, 422쪽.

거나 불편해 보이는 자세를 취한채로 장시간 유지하는 긴장증적 행동을 보이거나 뚜렷한 목적 없이 어떤 신체적인 운동을 반복하는 행동을 보이기도 한다.³³⁾

사회적 행동에서의 이상행동으로는 자기관리에 무관심하여 위생과 의복상태가 불량하고, 이상한 방식으로 옷을 입거나 외양을 바꾸기 위해 기묘한 짓을 하거나 계절에 맞지 않는 부적절한 옷을 입기도 한다. 또한 사회규범을 어기는 이상한 행동도 하는데, 예컨대 사람들 앞에서 자위행위를 하거나 쓰레기통을 뒤져 음식물을 찾거나 큰소리로 음란한 말을 하기도 한다.³⁴⁾

와해된 행동 증례

40세된 한 남자가 가족에 의해 12번째로 강제입원 되었다. 입원 당시 그는 누더기 같은 외투에 슬리퍼를 끌고 야구 모자를 쓰고 목에는 몇 개의 메달을 걸고 있었다. 그는 어머니가 다른 사람의 대변을 자신에게 먹게 했다고 화를 내다가 갑자기 길길거리면서 간호사에게 유혹적인 태도를 취하는 등 감정의 변화가 심했다. 그의 말투나 행동은 마치 어린아이 같았고, 엉덩이를 과장되게 움직이면서 종종걸음을 걸었다. 어머니에 의하면 그는 한 달 전 약을 끊은 후부터 무슨 소리가 들린다며 혼자 중얼대고 벽면을 멍하니 쳐다보고 괴이한 행동을 보였다고 한다. 정신과 의사가 그에게 어떻게 지냈느냐고 묻자 그는 “해바라기 꽃이 피었는데, 김밥을 사 가지고 내가 갔다. 비파와 수금으로 이 세상을 아름답게 하는데 아름다운 스위스에 가야 한다. 하느님 용서해 주세요. 산토기는 산에 가서 누워야지, 변비가 생겼는데 라면이 꿀을 때까지 기다려야 한다.”라며 도무지 이해하기 어려운 말을 하였다.

※ 이정균/김용식 편저(2003), 「정신의학」(제4판), 274쪽 사례 인용.

(다) 정동 불일치(incongruous affect)

정신분열병에서의 정동 불일치의 특징은 감정 표현의 깊이가 결여되어 있다는 점과 감정 표현이 부적합하다는 점이다. 감정을 느끼고 감정을 적절하게 조절하는 능력이 점차 없어지고, 결국 정동장애를 보이면서 모든 일에 관심을 잃게 된다. 자신의 얼굴, 옷차림, 식사, 배변, 주변의 사건, 미래, 친족의 죽음에 무관심하다.³⁵⁾

부적합한 감정 표현은 주로 기분과 생각이 유리되어 일치하지 않는 경우인데, 예컨대 가까운 친지의 죽음을 말하면서 길길거리고 웃는 경우가 대표적으로, 바보스런 미소, 바보스런 웃음, 길길댄 등이 관찰된다.³⁶⁾

33) 위의 책, 423쪽.

34) 위의 책, 423쪽.

35) 이정균/김용식 편저(2003), 앞의 책, 266쪽.

36) 위의 책, 266쪽.

와해된 행동/정동장애 증례

24세 된 미혼 여자환자가 창자가 똥똥 뭉쳐 명치끝에 매달려 배가 아프다는 등의 ‘헛소리’를 하여 입원하게 되었다. 이 환자는 중학교 졸업 때쯤 해서 몸이 피로하다고 스스로 모 종합병원 신경내과를 방문하여 한 달 정도 치료받다 그만둔 일이 있었다. 고등학교 1학년 때부터는 “선생님이 나만 쳐다본다”, “친구들이 날 따돌린다” 등의 말을 하면서 학교를 가기 싫어하고 빈혈과 소화불량 증세를 호소하며 병원에 가서 영양제 주사를 맞기를 원했다. 고등학교 졸업 때쯤 증상이 더욱 심해져 주위에서 사람들이 이야기하는 것만 봐도 자기 이야기를 한다고 시비를 걸었으며 대문 밖에서 누군가가 자기 욕을 한다고 뛰어나가기도 했다. 가끔 한시도 경험했다고 했다. 2년 전부터는 기분이 좋아서 들떠 있는 때도 있었고 변소가 지저분하다고 방에 대소변을 보았다. 1년 전부터는 집안 식구들이 약을 올리다며 자주 데리고 식사를 할 때는 한없이 하고 안 할 때는 전혀 하지 않으며 혼자서 쓸데없이 바보처럼 킬킬거리며 웃고 소리 지르고 중얼중얼하기도 했다. 입원 당시 “아버지한테 매 맞을 때 처녀막이 없어졌다”, “애기를 입에서 토할 것 같다”는 헛소리를 했다. 입원 후에도 한동안 다른 환자와 자주 싸우고 ‘괴상한 소리’와 ‘괴상한 행동’을 계속하고 있다.

※ 이정균/김용식 편저(2003), 「정신의학」(제4판), 274쪽 사례 인용.

이상과 같이 정신분열병은 아주 다양한 정신증상을 보이는 것이 특징이며, 증상은 사고, 감정, 행동의 모든 영역에 걸쳐 나타난다. 정신장애의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV Text Revision: DSM-IV-TR)³⁷⁾의 정신신 분열병에 대한 진단기준은 다음과 같다. 특징적인 양성증상과 음성증상을 보이고, 사회적 직업적 또는 대인관계에서 황폐화 과정을 밟으며, 이러한 장애가 최소 6개월 이상 지속되어야 한다. 그리고 정신분열 정동장애와 정신병적 증상이 동반되는 기분장애를 배제하여야 하고, 물질사용이나 신체질환으로 인한 것이 아니어야 한다.³⁸⁾

정신분열병의 DSM-IV-TR 진단기준

A. 특징적 증상: 다음 증상들 중 2개 이상이 있어야 하고, 각 증상은 적어도 한 달 중 상당한 기간 동안 나타나야 한다.

- (1) 망상
- (2) 환각
- (3) 와해된 언어 (예: 빈번한 탈선 혹은 지리멸렬)
- (4) 심하게 와해된 행동 혹은 긴장증적 행동
- (5) 음성증상 (예: 정동둔마, 운동성 실어증, 혹은 무의욕증)

※ 주의: 만약 망상이 괴이하거나, 혹은 자신의 행동이나 생각에 대해 계속 언급하는 환청이 있거나, 혹은 두 사람 이상이 서로 대화를 나누는 환청이 있으며, 1개 증상만 있어도 된다.

B. 사회적/직업적 기능장애: 장애가 발병한 이후로 상당한 기간동안 직업, 대인관계, 개인관리와 같은 주요 영역 중 한 가지 이상의 영역에서 기능 수준이 발병 이전과 비교하여 현저히 떨어져 있다(소아 기나 청소년기에 발병한 경우에는 대인관계, 학업, 취업에서 기대되는 수준까지 성취하지 못한다).

37) 2000년에 발간된 미국의 정신장애 진단 및 통계편람 제4판 개정판이다(2013년에 DSM 5로 개정되었다).

38) 대한신경정신의학회(2005), 앞의 책, 426쪽.

- C. 기간: 장애의 징후가 최소 6개월 이상 지속되어야 한다.
- D. 정신분열 정동장애, 기분장애, 물질이나 일반 신체적 상태로 인한 질병을 배제하여야 한다.
- E. 전반적 발달장애와의 관계: 자폐장애나 다른 전반적 발달장애의 병력이 있을 경우에는 현저한 망상이나 환각이 적어도 한 달 이상 지속될 때에만 정신분열병의 진단을 추가할 수 있다.

※ 대한신경정신의학회(2005), 「신경정신의학」(제2판), 426쪽 표 인용.

만약 대상자가 정신분열병의 다른 진단기준은 모두 충족시키지만 특징적인 증상의 지속기간이 1개월에서 6개월 미만일 경우에는 정신분열형 장애로 진단하며, 또한 지속기간이 하루 이상 4주 미만일 때는 단기 정신병적 장애나 기타 정신병적 장애로 진단한다.³⁹⁾

나. 망상장애(Delusional Disorder, 편집장애)

망상장애는 주된 증상이 망상인 장애를 말한다. 망상은 대부분 단순하지만 괴이하지 않으며, 인격기능은 유지된 채 망상내용에 적절한 감정을 동반한다.⁴⁰⁾ 이에 비해 망상형 정신분열병에서는 망상이 괴이하고 단편적이며 체계화되어 있지 않다는 점에서 차이가 있다.⁴¹⁾ 망상장애에서 망상은 정교하게 체계화된 지속적인 망상으로 피해적, 질투적, 과대적, 색정적, 신체적 망상 등의 내용으로 나타나며, 이러한 망상증상은 일시적이거나 간헐적일 수도 있고 일생 동안 지속될 수도 있다.⁴²⁾

망상장애자는 일반 사회적 활동에는 지장이 없어 보이고 인격도 건전해 보이지만, 의심이 많고 편파적이며 적대적이고, 또한 시비가 많고 잘 따지려 드는 경향을 보인다.⁴³⁾ 감정상태는 망상과 일치하여 과대망상일 때는 감정이 고양되고, 피해망상적일 때는 경계적으로 의심스러워한다.⁴⁴⁾ 또한 망상의 내용에 따라 충동조절장애가 있을 수 있는데, 이에 따라 자살, 살인, 강간, 기타 폭력을 행사할 의도나 계획을 가질 수 있고 또 수행할 위험도 있다. 따라서 이를 자제할 능력이 없거나 그런 병력이 이미 있을 때에는 입원시키는 것이 좋다.⁴⁵⁾

39) 위의 책, 426쪽.

40) 민성길 외 다수(2006), 앞의 책, 300쪽.

41) 위의 책, 305쪽.

42) 위의 책, 305쪽.

43) 위의 책, 302쪽.

44) 위의 책, 302쪽.

45) 위의 책, 302쪽.

DSM-IV에서는 망상장애의 유형을 색정형(erotomaniac type), 과대형(grandiose type), 질투형(jealous type), 피해형(persecutory type), 신체형(somatic type), 복합형(mixed type), 비정형형(unspecified type)으로 분류하고 있다.⁴⁶⁾

1) 색정형

대개 자신보다 높은 계층의 사람으로부터 사랑을 받는다는 망상을 보이는데, 성적 이라기보다는 이상화된 사랑이나 영적 결합 등이 주가 된다.⁴⁷⁾ 망상을 숨기려고 노력하는 경우도 있지만 흔히 망상의 대상에게 접근하려는 시도를 하고, 그 수단으로 전화, 편지, 선물, 방문, 조사, 미행을 하기도 하는데, 특히 상대방이 유명인사일 경우 스토킹을 당하는 경우가 많다.⁴⁸⁾ 망상장애는 여성환자가 훨씬 많고, 법적 문제에 걸리는 사람은 대개 남성들인데 망상 속의 애인을 추적하거나 위협에서 구하기 위한 행동을 하다가 법을 위반하는 경우가 많다.⁴⁹⁾

2) 과대형

자신이 위대한 재능을 지녔거나 굉장한 발명을 했다는 망상이 주가 되며, 때로 유력한 인사와 특수한 관계를 갖고 있다는 망상도 있다. 종교적인 내용인 경우 종교집단의 지도자가 되는 경우도 있다.⁵⁰⁾

3) 질투형

특별한 이유 없이 자신의 배우자나 연인이 부정을 저지르고 있다는 망상을 보인다.⁵¹⁾ 자신의 망상을 정당화하기 위해 사소한 증거(옷차림의 흐트러짐이나 이불에 묻어 있는 얼룩 등)들을 모으거나 뒷조사를 하기도 한다. 이로 인해 배우자와 대립하고 때로는 이러한 망상적 부정을 막으려는 생각에서 배우자를 외출하지 못하게 하거나 폭력을 행사하기도 하고, 나아가 가상의 배우자의 상대를 공격하기도 한다.⁵²⁾ 이러한

46) 위의 책, 300-301쪽.

47) 이정균/김용식 편저(2003), 앞의 책, 292쪽.

48) 민성길 외 다수(2006), 앞의 책, 303쪽.

49) 위의 책, 303쪽.

50) 이정균/김용식 편저(2003), 앞의 책, 292쪽.

51) 위의 책, 292쪽.

52) 민성길 외 다수(2006), 앞의 책, 303쪽.

유형의 망상장애자는 여자보다 남자가 많다.⁵³⁾

4) 피해형

망상장애 중 가장 흔한 형태이다. 망상내용은 단순할 수도 복잡할 수도 있으며, 하나 또는 일련의 주제를 가지고 있다. 사소한 일들이 과장되기도 하고 망상체계의 핵심이 되기도 한다.⁵⁴⁾ 대표적으로 어떤 사람 또는 다수의 관련된 사람들이 의도적이고 교묘하게 여러 가지 방법으로 자기에게 피해를 주거나 자신을 악의적으로 다루고 있다는 망상장애를 보인다.⁵⁵⁾ 그래서 이에 대해 반복되는 투서, 고소, 재판을 하기도 하고 폭력을 행사하기도 한다.⁵⁶⁾

5) 신체형

비교적 드문 형태로 이 유형에서 나타나는 흔한 망상의 내용은 자신의 몸, 피부, 입, 항문, 성기 등에서 나쁜 냄새가 난다거나, 또는 피부에 벌레가 기어 다닌다는 망상, 몸속에 기생충이 있다는 망상, 신체의 일정 부위가 잘못됐거나 추하다는 망상 또는 신체 일부의 기능이 잘못되었다는 망상 등이 있다.⁵⁷⁾ 이러한 유형의 망상장애자들은 이 때문에 사회기능을 잘할 수 없다고 주장하며, 대개 정신과 이외의 다른 의료기관을 찾아가서 고쳐달라고 하거나 성형수술을 해달라고 요구하는 경우가 많다.⁵⁸⁾ 또한 약물남용이나 두부 외상의 병력이 많고 좌절하여 자살하는 경우도 있다.⁵⁹⁾

6) 혼합형

뚜렷한 한 개의 망상유형으로 분류할 수는 없으며 한 개 이상의 망상적 특징들을 갖고 있다.⁶⁰⁾

53) 이정균/김용식 편저(2003), 앞의 책, 292쪽.

54) 위의 책, 292쪽.

55) 민성길 외 다수(2006), 앞의 책, 303쪽.

56) 이정균/김용식 편저(2003), 앞의 책, 292쪽.

57) 위의 책, 292쪽.

58) 민성길 외 다수(2006), 앞의 책, 304쪽.

59) 이정균/김용식 편저(2003), 앞의 책, 292쪽.

60) 민성길 외 다수(2006), 앞의 책, 304쪽.

7) 비정형형

이 유형의 망상장애에는 Fregoli 현상(연극배우처럼 여러 얼굴을 가지고 있다는 망상)이나 자신이 늑대가 되었다는 망상, 자신이 또 다른 자신을 가지고 있다는 망상 등이 있다.⁶¹⁾

망상장애에 대한 DSM-IV의 진단기준은 이와 같은 망상이 최소한 1개월 이상 지속되어야 하며, 그보다 짧은 경우에는 단기정신병적 장애나 비정형정신병으로 분류한다. 구체적인 진단기준은 아래의 표와 같다.

망상장애의 DSM-IV-TR 진단기준

- A. 괴이하지 않은 망상(예: 실제상황에서 일어나는 상황, 즉 추적, 독물중독, 감염, 타인으로부터의 사랑, 배우자나 애인의 속임, 병에 걸림)들이 최소한 1개월 이상 지속되어야 함
- B. 정신분열병의 진단기준의 A항목에 부합되는 증상이 없어야 함
주: 망상의 주제와 연관된다면 망상장애에서도 환축이나 환취가 있을 수 있음
- C. 망상이나 그에 따른 영향으로 인한 것을 제외하면 전반적인 기능의 현저한 저하는 없고 행동이 이상하거나 괴이하지 않음
- D. 망상장애가 있으면서 기분장애의 삽화가 있는 경우, 기분장애의 지속기간이 망상장애의 지속기간에 비해 짧아야 함
- E. 물질(남용약물이나 치료제)이나 일반적인 신체 상태에 따르는 직접적인 생리작용에 의한 것이 아니어야 함

주된 망상주제에 따라 다음과 같은 유형으로 분류할 수 있다.

색 정 형: 망상의 주된 주제가 어떤 사람, 주로 높은 신분의 사람이 자신과 사랑에 빠졌다는 망상들과 대 형: 과대한 가치, 힘, 지식, 신분 또는 신성이나 유명한 인물과 특별한 관계에 있다는 망상들
질 투 형: 개인의 성적 파트너를 믿을 수 없다는 망상들
피 해 형: 자신(또는 자신과 가까운 사람)이 어떤 방법으로든 피해를 받고 있다는 망상들
신 체 형: 자신에게 어떤 신체적 결함이 있거나 질병에 걸렸다는 망상들
혼 합 형: 전술한 망상의 형태 중 하나 이상을 특징적으로 가지고 있으면서 어느 하나도 주가 되지 않음
비정형형: 본문 참조

※ 민성길 외 다수(2006), 「최신정신의학」(제5판), 304쪽; 이정균/김용식 편저(2003), 「정신의학」(제4판), 293쪽 표 인용.

다. 기분장애(Mood Disorder)

기분이란 외적 자극과 관계 없이 자신의 내적인 용인에 의해서 결정되는 정동상태(affective state)를 의미하는데, 기분장애란 우울하거나 들뜨는 기분의 장애가 중심이

61) 위의 책, 304쪽.

되는 일련의 장신장애를 말한다.⁶²⁾ 기분장애에는 기분이 저조한 상태와 기분이 들뜨고 몹시 좋은 양 극단이 있는데, 기분이 저조한 상태를 우울증(depression), 기분이 들뜬 상태를 조증(mania)이라고 한다.⁶³⁾ 정신의학에서 말하는 우울증과 조증의 상태는 단순히 기분의 일시적인 저하 또는 고양만을 의미하는 것이 아니다. 즉 우울증의 상태는 객관적 상황과는 관계없이 일어나는 정서의 병리현상으로, 일시적으로 기분만 저하된 상태를 의미하는 것이 아니라 생각의 내용, 사고과정, 동기, 의욕, 관심, 행동, 수면, 신체활동 등 전반적인 정신기능이 저하된 상태를 말한다.⁶⁴⁾ 이에 따라 우울증 환자는 자기의 모든 생활이 우울한 기분으로 덮여 있고 정신운동의 저하, 자살의욕, 염세감, 자책감 그리고 절망에 사로잡혀 있다.⁶⁵⁾ 조증은 기분이 좋은 외적 여건이 있어서 마음이 들뜨고 유쾌해지는 정상적인 경우와는 달리, 현실적 여건과는 맞지 않게 자기 스스로 기분이 들뜨고 자신감과 자존심에 차 있는 병리현상을 말한다.⁶⁶⁾

한편 이와 같이 기분의 변화와 함께 전반적인 정신 및 행동의 장애가 나타나는 시기를 우울 혹은 조증 삽화(episode)라고 한다.⁶⁷⁾ 삽화라는 용어에는 증상이 나타날 때와 나타나지 않을 때가 뚜렷하게 구분된다는 의미와 자연적으로도 증상이 소멸되어 완화상태가 될 수 있다는 의미가 포함되어 있다. 또한 삽화기간 중에는 증상이 거의 매일, 거의 하루 종일 나타난다는 것이 중요한 특징으로,⁶⁸⁾ 이러한 삽화의 개념은 정상과 병적인 상태를 구분하는데 매우 중요하다.⁶⁹⁾ 정도가 심한 우울삽화를 주요우울삽화(major depressive episode)라고 하고 그 보다 정도가 약한 우울삽화를 경도우울삽화(minor depressive episode)라고 하는데, DSM-IV에서는 경도우울삽화에 해당하는 특정한 진단기준은 마련되어 있지 않고, 대신 이러한 상태가 만성적으로 지속되는 경우를 기분부전장애(dysthymic disorder)로 진단하고 있다.

주요 우울장애는 가장 흔한 정신장애 중의 하나로 미국 등 서양에서는 여자의 경우

62) 이정균/김용식 편저(2003), 앞의 책, 304쪽.

63) 위의 책, 304쪽.

64) 대한신경정신의학회(2005), 앞의 책, 165쪽.

65) 이러한 점에서 어떤 대상을 상실했을 때 어느 기간 동안 서러움과 연민을 느끼는 상태인 슬픔과는 구별된다. 이정균/김용식 편저(2003), 앞의 책, 304쪽.

66) 위의 책, 304쪽.

67) 대한신경정신의학회(2005), 앞의 책, 165쪽.

68) 따라서 하루 중 잠깐 또는 일주일에 하루 이를 우울하거나 기분이 들뜬 경우에는 삽화라고 하지 않는다. 위의 책, 166쪽.

69) 위의 책, 166쪽.

10~25%, 남자의 경우 5~10% 정도가 평생에 한 번 이상 주요우울장애에 걸릴 위험이 있다고 보고되고 있다.⁷⁰⁾ 우리나라에서는 평생 유병률이 이보다 적은 3~5% 정도로 조사된 바 있는데, 일반적으로 인구의 5~10%가 주요우울장애를 앓고 있으며, 3~5%가 치료를 요하는 중증 주요우울장애로 추정되고 있다.⁷¹⁾ 주요우울장애는 남자보다 여자에게 2배 정도 많이 발생하고 있는데, 그 이유는 분명하지 않지만, 산후우울증, 갱년기 우울증, 생리전 증후군 등에서 나타나는 호르몬이 영향을 미치는 것으로 추정되고 있으며, 이와 함께 사회문화적 스트레스의 해소방법이 제한적이라는 점, 또한 남성들이 우울증상을 상대적으로 덜 표현하거나 병원을 잘 방문하지 않기 때문이라는 점 등이 이유로 추정되고 있다.⁷²⁾ 한편 주요우울장애는 자살과 밀접한 관계가 있는 것으로 보고되고 있는데, 일반적으로 자살기도자의 70%는 정신장애를 가지고 있으며, 그 중 70%는 주요우울장애 환자인 것으로 추정하고 있다.⁷³⁾

조증의 경우는 심한 조증상태를 조증삽화(manic episode)라고 하고, 정상 혹은 보통 상태와는 뚜렷이 구분되지만 정도가 조증삽화보다 경미한 경우를 경조증삽화라고 한다. 조증삽화와 주요우울삽화가 동일 기간 내에 동시에 나타나는 경우는 혼재성 삽화라고 한다.⁷⁴⁾

조증삽화 때 나타나는 특징적인 기분상태는 고양되고 과대하거나 과민한 기분의 상태로, 자신만만하고 야심찬 계획이 좌절될 경우 쉽게 과민하게 변하기도 한다.⁷⁵⁾ 조증환자들은 술을 과도하게 마시거나 이른 아침에 잘 모르는 사람에게 전화를 하는 등 무절제한 모습을 보이기도 하고, 병적인 도박을 하거나, 공공의 장소에서 지나치게 밝은 옷을 입고, 어울리지 않는 장신구를 하는 등 일탈된 행동을 하는 경향이 있으며, 또한 전화를 끊는 것을 잊어버리는 등 세세한 부분에 주의를 기울이지 못한 양상을 보인다.⁷⁶⁾ 종종 종교적, 정치적, 경제적, 성적 및 피해적 사고에 과도하게 집착하기도

70) 위의 책, 169쪽.

71) 위의 책, 169쪽.

72) 위의 책, 169쪽.

73) 위의 책, 169쪽.

74) 위의 책, 167쪽.

75) 이러한 기분상태에 있는 환자를 모르는 사람은 환자의 평소와 다른 기분상태를 인지하지 못할 수도 있지만, 가족이나 주변 사람들과 같이 환자를 잘 아는 사람들은 환자의 기분상태가 비정상적이라는 것을 알 수 있다. 위의 책, 187쪽.

76) 위의 책, 187쪽.

하고 이는 복잡한 망상체계로 발전할 수도 있다.⁷⁷⁾

주요우울삽화의 DSM-IV-TR 진단기준(요약)

- A. 다음 증상 중 5가지 이상이 최소 2주일 간 거의 매일 지속되어야 하며 과거 기능의 변화를 반영해야 함; 최소한 한 가지 증상은, (1) 우울한 기분 또는 (2) 흥미나 쾌락의 상실이어야 함
- (1) 하루의 대부분 동안 우울한 기분(소아 및 청소년에서는 과민성)
 - (2) 거의 모든 활동에서 흥미나 쾌감이 현저히 저하
 - (3) 현저한 체중 감소 또는 증가, 또는 식욕의 감소 또는 증가
 - (4) 불면 또는 수면과다
 - (5) 정신운동성 초조 또는 지체
 - (6) 피로 또는 에너지 상실
 - (7) 무가치감 또는 과도하거나 부적절한 죄책감
 - (8) 사고능력 또는 집중력의 저하 또는 우유부단
 - (9) 반복적인 죽음에 대한 관념, 자살사고 또는 자살기도 또는 자살기도에 관한 구체적인 계획
- B. 증상이 현재성 삽화의 기준을 충족시키지 않음
- C. 증상이 사회적, 직업적, 또는 다른 중요한 기능 영역에서 임상적으로 심각한 고통이나 장애를 일으킴
- D. 증상이 물질이나 다른 신체질환에 의한 것이 아님
- E. 증상이 사별에 의해 더 잘 설명되지 않음. 즉 사랑하는 이를 잃은 후에 증상이 2개월 이상 지속되거나, 현저한 기능적 손상, 무가치감, 병적으로 집착, 자살의도, 정신병적 증상, 또는 정신운동지연의 특징이 있음

※ 민성길 외 다수(2006), 「최신정신의학」(제5판), 290쪽; 대한신경정신의학회(2005), 「신경정신의학」(제2판), 166쪽 표 인용.

주요조증삽화의 DSM-IV-TR 진단기준(요약)

- A. 비정상적으로 고양되고, 과대하거나, 과민한 기분이 지속되는 뚜렷한 시기가 최소한 1주일 이상 지속됨(입원이 필요한 정도라면 기간은 상관없음)
- B. 기분장애의 기간 동안 다음 증상 중 3가지 이상이 지속되며(기분이 단지 과민한 상태라면 4가지 이상), 심각한 정도로 나타남
- (1) 팽창된 자존심과 과대성
 - (2) 수면욕구 감소(예: 3시간만 자도 충분하다고 느낌)
 - (3) 평소보다 말이 많거나 말을 계속하고 싶은 욕구
 - (4) 사고의 비약 혹은 생각이 줄달음치는 주관적인 경험
 - (5) 주의산만
 - (6) 목표 지향적 활동의 증가 또는 정신운동성 초조
 - (7) 고통스러운 결과가 초래될 가능성이 높은 쾌락적인 활동에 지나치게 몰두(예: 무절제한 물건 구입, 성적 무분별, 어리석은 사업추진)
- C. 증상은 현재성 삽화의 기준을 충족시키지 않음
- D. 기분장애가 직업적 기능이나 통상적인 사회활동 또는 타인과의 관계에 현저한 장애를 일으키거나, 또는 자신이나 타인에게 해를 입히는 것을 방지하기 위해 입원이 필요할 만큼 심하거나, 또는 정신병적 증상이 동반됨
- E. 증상이 물질이나 다른 신체질환에 의한 것이 아님
- ※ 주: 명백히 신체적 항우울 치료(예: 약물, 전기경련요법, 광치료)로 야기된 조증과 유사한 삽화는 I 형 양극성장애로 진단하지 않음

※ 민성길 외 다수(2006), 「최신정신의학」(제5판), 291쪽; 대한신경정신의학회(2005), 「신경정신의학」(제2판), 166쪽 표 인용.

77) 위의 책, 187쪽.

기분장애의 분류는 이상의 우울 및 조증삽화의 조합에 근거한다고 할 수 있는데, 일생동안 조증, 경조증, 혹은 혼재성 삽화는 나타나지 않고 주요우울삽화만 나타나는 경우를 주요우울장애라고 하고, 이보다 경미한 우울증상이 지속되는 경우를 기분부전장애라고 한다. 일생 한번이라도 조증삽화를 경험하게 되면 우울삽화의 유무에 상관 없이 양극성장애 I 형으로 분류하며, 주요우울삽화와 경조증을 나타내는 경우에는 양극성장애 II형으로 분류한다. 경조증과 경미한 우울증상이 반복적으로 나타나는 경우를 기분순환장애라고 한다.⁷⁸⁾



[그림 2-1] DSM-IV-TR의 기분장애 분류

※ 민성길 외 다수(2006), 「최신정신의학」(제5판), 291쪽; 대한신경정신의학회(2005), 「신경정신의학」(제2판), 166쪽 표 인용.

78) 위의 책, 167-168쪽.

제2절 정신장애범죄인 현황

정신장애인의 대부분은 범죄와 무관하게 생활하고 있으나, 일반인이 어떠한 원인에 기인하여 범죄를 저지르는 것과 같이 정신장애를 가지고 있는 자 중에는 정신장애가 원인이 되어 범죄를 저지르는 자가 있다는 것도 사실이다.

1. 정신장애인 범죄 발생 추이

〈표 2-1〉 정신장애인 범죄 발생 인원

단위: 명(피의자원표)(%)

		2012	2013	2014	2015	2016
계	전체 검거인원	1,983,697 (100)	1,996,629 (100)	1,879,548 (100)	1,948,966 (100)	2,020,196 (100)
	정신장애인	5,428 (0.3)	6,001 (0.3)	6,301 (0.3)	7,016 (0.4)	8,343 (0.4)
형법범	전체 검거인원	1,035,335 (100)	1,027,127 (100)	949,859 (100)	993,932 (100)	1,007,048 (100)
	정신장애인	4,266 (0.4)	4,949 (0.5)	5,426 (0.6)	5,952 (0.7)	7,072 (0.7)
특별법범	전체 검거인원	948,362 (100)	969,502 (100)	929,689 (100)	955,034 (100)	1,013,148 (100)
	정신장애인	1,162 (0.1)	1,052 (0.1)	875 (0.1)	1,064 (0.1)	1,271 (0.1)

※ 대검찰청, 범죄분석, 각 연도.

지난 5년 동안 정신장애의 범죄발생 추이를 살펴보면 2012년 5,428명, 2013년 6,001명, 2014년 6,301명, 2015 7,016명, 2016년 8,343명으로 꾸준히 증가하여 2012년 대비 2016년에는 53.7% 증가하였다. 이는 전체 검거인원이 2012년 대비 2016년에 1.8% 증가한 것과 비교해 본다면 정신장애인 범죄는 매우 큰 증가율을 보여주고 있음을 알 수 있다.

이러한 증가폭은 전체 검거인원에서 정신장애인이 차지하는 비율에서도 확인할 수 있다. 특별법범의 경우에는 지난 5년 동안 전체 검거인원에서 정신장애인이 차지하는 비율이 0.1%를 유지하고 있으나, 형법범의 경우에는 그 비율이 2012년 0.4%에서 2016년에는 0.7%로 증가하였다. 이는 곧 전체 검거인원에서 정신장애인이 차지하는

비율이 2012년에는 0.3%에서 2016년에 0.4%로 증가하는 원인이 되었음을 알 수 있다.

정신장애의 검거인원을 법률별로 살펴보면, 형법범죄는 2012년 4,266명, 2013년 4,949명, 2014년 5,426명, 2015년 5,952명, 2016년 7,702명으로 꾸준히 증가하였으며, 정신장애인의 특별범죄의 경우에는 2012년 1,162명에서 2013년 1,052명, 2014년 875명으로 일시적으로 감소하였다가, 2015년 1,064명, 2016년 1,271명으로 다시 증가하였다.

2. 주요 죄명별 정신장애범죄 발생 현황

〈표 2-2〉 주요 죄명별 정신장애범죄 발생 현황

단위: 명(%)

구분	계	형법범									특별 법범
		소계	재산 범죄	강력 범죄 (흉악)	강력 범죄 (폭력)	위조 범죄	공무원 범죄	풍속 범죄	과실 범죄	기타	
2012	5,428 (100)	4,266	1,901 (35.0)	540 (9.9)	1,315 (24.2)	24 (0.4)	1 (0.0)	56 (1.0)	22 (0.4)	456 (8.4)	1,162 (21.4)
2013	6,001 (100)	4,949	2,327 (38.8)	632 (10.5)	1,411 (23.5)	32 (0.5)	- (0.0)	66 (1.1)	35 (0.6)	480 (8.0)	1,052 (17.5)
2014	6,301 (100)	5,426	2,401 (38.1)	731 (11.6)	1,544 (24.5)	15 (0.2)	- (0.0)	82 (1.3)	32 (0.5)	621 (9.9)	875 (13.9)
2015	7,016 (100)	5,952	2,624 (37.4)	781 (11.1)	1,705 (24.3)	20 (0.3)	- (0.0)	110 (1.6)	30 (0.4)	682 (9.7)	1,064 (15.2)
2016	8,343 (100)	7,072	3,263 (39.1)	847 (10.2)	1,959 (23.5)	15 (0.2)	- (0.0)	129 (1.5)	43 (0.5)	816 (9.8)	1,271 (15.2)

범죄구분	해당 범죄 목록
재산범죄	절도/장물/사기/횡령/배임/손괴
강력범죄 (흉악)	살인/강도/방화/성폭력
강력범죄 (폭력)	폭행/상해/협박/공갈/약취와 유인/체포와 감금/폭력행위 등(손괴 · 강요 · 주거침입 등)/ 폭력행위 등(단체 등의 구성 · 활동)
위조범죄	통화/유가증권 · 인지우표/문서/인장
공무원범죄	직무유기/직권남용/수뢰/증뢰
풍속범죄	도박과 복표/신앙/기타 음란행위
과실범죄	과실치사상/업무상 과실치사상/실화
기타 형법범죄	명예/권리행사방해/신용업무경매/주거침입/비밀침해/유기/교통방해/공무방해/도주와 범인은닉/위증과 증거인멸/무고/공안을 해하는 죄/내란의 죄/음용수에 관한 죄/일수와 수 리에 관한 죄/기타

※ 대검찰청, 범죄분석, 각 연도.

정신장애인의 전체 범죄를 기준으로, 형법범죄인 재산범죄와 강력범죄(폭력)가 가장 높은 비율을 차지하고 있다. 2012년에는 재산범죄가 전체 범죄의 35%, 강력범죄(폭력)가 24.2%를 차지하고 있었으며, 5년 후인 2016년에도 재산범죄가 39.1%, 강력범죄(폭력)가 23.5%로 여전히 높은 비율을 차지하고 있음을 확인할 수 있다.

정신장애인의 범죄가 2012년 5,428명에서 2016년 8,343명으로 53.7% 증가함에 있어서 위조범죄와 공무원범죄, 그리고 특별범죄를 제외한 모든 범죄가 함께 증가하였음을 알 수 있다. 2012년 대비 2016년에 재산범죄가 71.6%, 강력범죄(흉악)가 56.9%, 강력범죄(폭력)가 49.0%, 풍속범죄가 130.4%, 과실범죄가 100%, 기타 형법범죄가 78.9% 증가하였다.

3. 정신장애범죄인 전과

〈표 2-3〉 정신장애범죄인 전과

단위 : 명(%)

	2012	2013	2014	2015	2016
계	5,378(100)	5,937(100)	6,301(100)	7,016(100)	8,343(100.0)
전과 없음	1,824(33.9)	2,004(33.8)	2,202(34.9)	2,504(35.7)	2,964(35.5)
1범	752(14.0)	921(15.5)	898(14.3)	1,033(14.7)	1,220(14.6)
2범	483(9.0)	543(9.1)	627(10.0)	638(9.1)	810(9.7)
3범	389(7.2)	413(7.0)	456(7.2)	520(7.4)	554(6.6)
4범	296(5.5)	292(4.9)	316(5.0)	333(4.7)	434(5.2)
5범	240(4.5)	260(4.4)	271(4.3)	305(4.3)	325(3.9)
6범	209(3.9)	178(3.0)	204(3.2)	222(3.2)	267(3.2)
7범	150(2.8)	162(2.7)	169(2.7)	189(2.7)	190(2.3)
8범	142(2.6)	124(2.1)	145(2.3)	164(2.3)	145(1.7)
9범 이상	855(15.9)	1,002(16.9)	989(15.7)	1,096(15.6)	1,420(17.0)
미상	38(0.7)	38(0.6)	24(0.4)	12(0.2)	14(0.2)

※ 대검찰청, 「범죄분석」, 각 연도.

최근 5년 동안 정신장애범죄인 중에서 가장 높은 비율을 차지하는 것은 전과가 없는 초범이며, 그 다음으로 높은 비율을 차지하는 것은 9범 이상의 전과자, 1범 전과자 순이다. 범죄 전과가 없는 정신장애범죄인은 2012년 1,824명, 2013년 2,004명, 2014년 2,202명, 2015년 2,504명, 2016년 2,964명으로 꾸준히 증가하였으며, 2012년

대비 2016년에는 62.5% 증가하였다. 초범과 정반대의 지점에 놓여 있는 9범 이상의 전과자의 경우에는 2012년 855명, 2013년 1,002명, 2014년 989명, 2015년 1,096명, 2016년 1,420명으로 증가였고, 2012년 대비 2016년에는 66.1% 증가하여 초범의 경우와 비슷한 증가율을 보이고 있다.

통계에서 나타나고 있듯이, 정신장애범죄인 중에서 전과가 없는 초범과 특히 9범 이상의 전과자의 수가 동시에 증가하고 있음을 알 수 있다. 이는 곧 정신장애범죄인의 재범률이 감소하지 않고 있을 뿐만 아니라, 처음으로 범죄를 저지르는 정신장애인들이 증가하고 있음을 나타나고 있다. 따라서 정신장애범죄인의 경우 전과가 없으나 자·타해 위험성이 높은 정신장애인과 전과가 있는 정신장애범죄인 모두를 상정하여 대책을 마련할 필요성이 있다.

4. 제1심 치료감호사건 처리 내역

〈표 2-4〉 제1심 치료감호사건 처리 내역

	2013	2014	2015	2016	2017
합계	358(100)	269(100)	245(100)	268(100.0)	204(100.0)
감호 판결	294(82.1)	223(82.9)	193(78.8)	222(82.8)	147(72.1)
청구기각 판결	50(14.0)	35(13.0)	41(16.7)	29(10.8)	35(17.2)
청구기각 결정	2(0.6)	1(0.4)	-	2(0.8)	2(1.0)
공판절차 이행	-	-	-	-	-
기타	12(3.4)	10(3.7)	11(4.5)	15(5.6)	20(9.8)

※ 법원행정처, 「사법연감」, 각 연도.

제1심 법원에서 치료감호사건을 처리하는 인원수는 2013년에는 358명에서 2016년에는 204명으로, 최근 5년 동안 급격하게 감소하는 추세를 보이면서 2013년 대비 2017년에는 43.0% 감소하였다. 법원의 치료감호사건 처리 내역에는 감호판결, 청구기각판결, 청구기각결정, 공판절차이행 등이 있다. 이때 치료감호판결이 2013년 82.1%, 2014년 82.9%, 2015년 78.8%, 2016년 82.8%, 2017년 72.1%로, 최근 5년 동안 평균적으로 79.7%를 차지하고 있다. 최근 5년 동안 치료감호사건에 대하여 공판절차이행을 하는 경우는 전혀 없었으며, 청구기각(판결·결정)은 2013년 52명(14.6%), 2014년

36명(13.4%), 2015년 41명(16.7%), 2016년 31명(11.6%), 2017년 37명(18.2%)으로, 2017년을 기점으로 다시 증가하는 추세를 보이고 있다.

5. 치료감호소 수용자 현황

〈표 2-5〉 치료감호소 수용자 현황

단위 : 명(%)

	2013	2014	2015	2016	2017
합계	1,080(100)	1,138(100)	1,158(100)	1,118(100)	1,101(100)
약물	107(9.9)	84(7.4)	66(5.7)	52(4.7)	49(4.5)
성적장애	73(6.8)	91(8.0)	92(7.9)	96(8.6)	98(8.9)
심신장애자	900(83.3)	963(84.6)	1,000(86.4)	970(86.8)	954(86.6)

※ 출처 : 'e-나라지표' 홈페이지에서 검색, 법무부, 「범죄예방정책 통계연보」, 치료감호 수용 현황.
(http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2813)

최근 5년 동안 치료감호소 수용자는 2013년 1,080명, 2014년 1,138명, 2015년 1,158명, 2016년 1,118명, 2017년 1,101명으로, 증감을 반복하다가 2015년부터는 감소하는 추세를 보이고 있다. 2013년부터 5년 동안 치료감호소 수용자의 대부분은 심신장애자가 가장 큰 비율을 차지하고 있으며, 정신성적장애자의 경우에는 2013년에는 제일 낮은 비율을 차지하였으나, 2014년을 기점으로 약물중독자의 비율을 초과하였으며, 최근까지 그 격차가 점점 더 벌어지고 있음을 확인할 수 있다.

6. 출소자인원 대비 피치료감호자 재입소 현황

〈표 2-6〉 출소자인원 대비 피치료감호자 재입소 현황

단위 : 명(%)

연도	출소자 (출소연도)	재입소자
2012	288 (2009년)	55 (19.1%)
2013	269 (2010년)	44 (16.4%)
2014	287 (2011년)	30 (10.5%)
2015	246 (2012년)	36 (14.6%)
2016	263 (2013년)	22 (8.4%)

주 : 1. 법무부 범죄예방정책국 통계, 각 연도.

2. 재입소자는 당해 연도 신수용인원 중 출소 후 3년 이내 재입소자.

※ 출처 : 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 564쪽 〈표 III-113〉 인용.

최근 5년 동안 출소자는 2012년 288명, 2013년 269명, 2014년 287명, 2015년 246명, 2016년 263명으로 증감을 반복하고 있다. 이에 반하여 재입소자의 경우에는 2012년 55명, 2013년 44명, 2014년 30명, 2015년 36명, 2016년 22명으로, 2015년의 경우를 제외하고는 꾸준히 감소하고 있는 추세이다. 재입소율은 2012년 19.1%, 2013년 16.4%, 2014년 10.5%, 2015년 14.6%, 2016년 8.4%로, 2015년을 제외하고 재입소자 인원수가 꾸준히 감소한 바와 같이, 재입소율도 2015년을 제외하고 꾸준히 감소하였다.

제 3 장

정신장애범죄인의 지역사회 내 관리를 위한 법제도 분석

안 성 훈

정신장애범죄인의 지역사회 내 관리를 위한 법제도 분석

현재 우리나라에서는 심신장애 상태, 마약류·알코올이나 그 밖의 약물중독 상태, 정신성적(精神性的) 장애가 있는 상태 등에서 범죄행위를 한 자로서 재범(再犯)의 위험성이 있고 특수한 교육·개선 및 치료가 필요하다고 인정되는 자에 대하여 적절한 보호와 치료를 함으로써 재범을 방지하고 사회복귀를 촉진하는 것을 목적으로 하는 「치료감호 등에 관한 법률」(제1조)과 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진 및 정신질환자의 인간다운 삶을 영위하는 데 이바지함을 목적으로 하는 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(제1조)을 제정하여 시행하고 있다.

「치료감호 등에 관한 법률」은 범죄를 저지른 정신질환자를 대상으로 하고 있지만, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」은 정신질환자의 범죄와는 무관하게 정신질환자를 조기에 발견하여 치료하는 것에 중점을 두고 있어 재범 등 형사범죄를 전제로 하는 본 연구와는 거리가 있는 것으로 보일 수도 있다. 하지만 앞서 본 바와 같이 최근 5년간 정신장애 전과가 있는 범죄자의 인원이 가파르게 증가한 것을 보면 정신질환자를 조기에 발견하여 치료하는 것이 정신질환자의 범죄를 사전에 예방하는 가장 효과적인 방법이고, 그런 점에서 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에는 사전적 범죄예방을 위한 형사정책적인 의미도 있다고 할 것이다.⁷⁹⁾ 따라서 아래에서는 정신질환 범죄자와 가장 밀접한 관련이 있는

79) 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제14조(정신건강상 문제의 조기 발견 등) 등 참조. 한편 위 법률 제50조(응급입원) 제1항에서 “정신질환자로 추정되는 사람으로서 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 큰 사람을 발견한 사람은 그 상황이 매우 급박하여 제41조부터 제44조까지의 규정에 따른 입원 등을 시킬 시간적 여유가

위 두 법률을 살펴보기로 한다.

제1절 형사사법적 대응

현행 형사사법제도상 정신장애범죄인에 대해서는 범행 당시의 책임능력의 유무와 정도에 따라 형벌과 보안처분이라는 형사제재로 법적 대응을 하고 있다. 치료감호로 대표되는 정신장애범죄인에 대한 보안처분은 대체로 중범죄를 저지를 경우에 적용되고 경미한 범죄를 저지른 정신장애인에 대해서는 치료명령이 적용된다.

우리나라는 현재 영미의 정신보건법정과 같이 위법행위를 한 정신장애인에 대한 별도의 재판제도는 없다. 위법행위를 한 정신장애인에 대한 형사재판의 경우 일반적인 형사재판절차를 진행하면서, 범죄의 원인이 정신장애에 의한 것인지를 판단하기 위해 정신감정 실시하고 이에 근거하여 법원은 형사재판에서 피고인의 유·무죄의 판결과 치료감호(medical treatment and custody) 여부를 결정한다.⁸⁰⁾

예외적으로 ① 마약류중독자에 대한 치료보호처분(「마약류 관리에 관한 법률」 제40조), ② 성폭력범죄자에 대한 성충동 약물치료명령(「성폭력범죄자의 성충동 약물치료에 관한 법률」)은 병원 등에 입원 또는 통원 등의 방식을 통한 강제치료를 규정하고 있다. 그 중 마약류중독자에 대한 치료보호처분은 보건복지부장관 또는 시·도지사 행하는 일종의 행정처분이어서 검사가 청구하여 법원이 결정하는 형사적 보안처분(치료감호, 성충동 약물치료)과 구분된다. 다만, 검사가 마약류 중독자를 형사입건 후 기소유예처분을 하면서 마약류 중독자를 보건복지부장관 등에게 치료보호처분을 위해 입원 의뢰하는 경우도 있다(「마약류중독자 치료보호규정」 제9조 및 제10조).

없을 때에는 의사와 경찰관의 동의를 받아 정신의료기관에 그 사람에 대한 응급입원을 의뢰할 수 있다”고 규정하고 있어 정신질환자가 범죄로 나아갈 수 있는 상황을 가정하고 있다.

80) 권수진/신권철(2015), “정신보건법정 및 사법병동에 관한 연구”, 연구총서, 한국형사정책연구원, 35쪽.

〈표 3-1〉 형사사법적 대응 관련 제도별 요건

유형	범죄	대상자	방식	기간	명령의 성격	절차
치료감호	금고 이상의 형에 해당하는 죄	① 심신장애자 ② 마약류·알코올 등 약물중독자 ③ 성폭력범죄자 위 각호의 사람으로서 치료감호시설에서의 치료 필요성과 재범 위험성이 있는 자	입원치료	15년 이내 (살인범죄를 저질러 수용된 자 중 재범위험성 인정시 2년의 범위에서 3회 기간 연장)	법원판결	형사입건 ↓ 범죄수사 ↓ 정신감정 ↓ 검사청구 ↓ 법원판결 ↓ 검사집행지휘 ↓ 보호관찰소(치료감호소) 집행
성충동 약물치료	성폭력범죄	성도착증 환자	통원치료			
마약류 치료보호	마약류 사용범죄	마약류 중독자	입원치료	1년 이내	행정처분	검사/본인/가족 등의 신청 ↓ 치료보호심사위원회 심의 ↓ 시·도지사 등의 치료보호처분 ↓ 치료보호기관의 집행

※ 신권철(2013), “경미범죄 정신장애인 치료제도의 도입방안”, 8쪽 표 인용 편집.

1. 치료감호제도

가. 치료감호대상자

「치료감호 등에 관한 법률」 제2조 제1항에서는 규율대상이 되는 치료감호대상자를 “1. 형법 제10조 제1항에 따라 벌할 수 없거나 같은 조 제2항에 따라 형이 감경(減輕)되는 심신장애인으로서는 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자, 2. 마약·향정신성의약품·대마, 그 밖에 남용되거나 해독(害毒)을 끼칠 우려가 있는 물질이나 알코올을 식음(食飲), 섭취, 흡입, 흡연 또는 주입받는 습벽이 있거나 그에 중독된 자로서 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자, 3. 소아성기호증(小兒性嗜好症), 성적가혹증(性的加虐

症) 등 성적 성벽(性癖)이 있는 정신성적 장애인으로서 금고 이상의 형에 해당하는 성폭력범죄를 저지른 자로서 치료감호시설에서 치료를 받을 필요가 있고 재범의 위험성이 있는 자를 말한다”라고 규정하고 있다. 정신장애인, 마약 등 중독자가 금고 이상의 형에 해당하는 범죄를 저지르는 것만으로는 부족하고, 해당 범죄자에 대한 감호시설에서의 치료필요성과 재범의 위험성까지 있어야 치료감호대상자에 해당하게 된다.

나. 치료감호 청구절차

검사는 범죄를 수사할 때 범죄경력이나 심신장애 등을 고려하여 치료감호를 청구함이 상당하다고 인정되는 자에 대하여는 치료감호 청구에 필요한 자료를 조사하여야 하고, 사법경찰관리(특별사법경찰관리를 포함한다)는 검사의 지휘를 받아 그와 같은 조사를 하여야 한다(「치료감호 등에 관한 법률」 제5조). 검사는 치료감호대상자에 대하여 치료감호를 할 필요가 있다고 인정되고, 치료감호대상자에게 일정한 주거가 없거나, 증거를 인멸할 염려가 있거나, 도망하거나 도망할 염려가 있을 때에는 관할 지방법원 판사에게 청구하여 치료감호영장을 발부받아 치료감호대상자를 보호구속[보호구금(保護拘禁)과 보호구인(保護拘引)]을 포함한다할 수 있다(「치료감호 등에 관한 법률」 제6조).⁸¹⁾

검사는 조사결과 치료감호대상자가 치료감호를 받을 필요가 있는 경우 관할 법원에 치료감호를 청구할 수 있다. 치료감호대상자에 대한 치료감호를 청구할 때에는 정신건강의학과 등의 전문의의 진단이나 감정(鑑定)을 참고하여야 한다. 다만, 동법 제2조 제1항 제3호에 따른 치료감호대상자에 대하여는 정신건강의학과 등의 전문의의 진단이나 감정을 받은 후 치료감호를 청구하여야 한다. 치료감호를 청구할 때에는 검사가 치료감호청구서를 관할 법원에 제출하여야 한다. 검사는 공소제기와 함께 치료감호를 청구할 수

81) 실무상 구속영장으로 피의자를 구속할 수 있는 기간은 사법경찰관이 10일, 검사가 최장 20일인데(「형사소송법」 제202조, 제203조, 제205조), 이 기간 내에 피의자를 치료감호소에 입소시켜 정신감정을 마치기 어려우므로 통상 보호구속장소를 치료감호소 등으로 정하고, 정신감정을 하기에 충분한 기간(치료감호영장을 청구하기 전에 치료감호소 담당자에게 확인하는데 보통 1개월 전후)을 정해 치료감호영장을 발부받아 정신감정을 실시한다. 필자의 경우 사법경찰관이 신청한 구속영장을 검토하면서 피의자에게 정신질환이 있는 것으로 보이고, 그것이 심신미약이나 심신상실에 이를 정도인 것으로 판단되는데 단순히 구속영장만 신청된 경우 사법경찰관으로 하여금 치료감호영장도 함께 신청하도록 하여 피의자의 심신장애 유무를 확인한 사례들이 있었다.

있지만 먼저 공소를 제기한 후 항소심 변론종결시까지 치료감호를 추가하여 청구할 수 있다(「치료감호 등에 관한 법률」 제4조). 또한 검사는 피의자에 대하여 공소를 제기하지 아니하고 치료감호만을 청구할 수도 있다(「치료감호 등에 관한 법률」 제7조).⁸²⁾

다. 치료감호 청구사건 재판

법원은 치료감호사건을 심리하여 그 청구가 이유 있다고 인정할 때에는 판결로써 치료감호를 선고하여야 하고, 이유 없다고 인정할 때 또는 피고사건에 대하여 심신상실 외의 사유로 무죄를 선고하거나 사형을 선고할 때에는 판결로써 청구기각을 선고하여야 한다.

치료감호사건의 판결은 피고사건의 판결과 동시에 선고하여야 한다. 다만, 공소를 제기하지 아니하고 치료감호만을 청구한 경우에는 그러하지 아니하다. 법원은 피고사건에 대하여 「형사소송법」 제326조 각호(확정판결이 있을 때, 사면이 있을 때, 공소의 시효가 완성되었을 때, 범죄 후의 법령개폐로 형이 폐지되었을 때), 동법 제327조 제1호부터 제4호(피고인에 대하여 재판권이 없는 때, 공소제기의 절차가 법률의 규정에 위반하여 무효인 때, 공소가 제기된 사건에 대하여 다시 공소가 제기되었을 때, 제329조(공소취소와 재기소)의 규정에 위반하여 공소가 제기되었을 때)까지 및 제328조제1항 각호(공소가 취소되었을 때, 피고인이 사망하거나 피고인인 법인이 존속하지 아니하게 되었을 때, 제12조(동일사건과 수개의 소송계속) 또는 제13조(관할의 경합)의 규정에 의하여 재판할 수 없는 때, 공소장에 기재된 사실이 진실하다 하더라도 범죄가 될 만한 사실이 포함되지 아니하는 때 - 제2호 중 피고인인 법인이 존속하지 아니하게 되었을 때는 제외한다)의 사유가 있을 때에는 치료감호청구사건에 대하여도 청구기각의 판결 또는 결정을 하여야 한다. 치료감호청구사건에 대하여 위와 같은 사유가 있을 때에도 또한 같다.

82) 검사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 공소를 제기하지 아니하고 치료감호만을 청구할 수 있다.

1. 피의자가 「형법」 제10조 제1항에 해당하여 벌할 수 없는 경우
2. 고소·고발이 있어야 논할 수 있는 죄에서 그 고소·고발이 없거나 취소된 경우 또는 피해자의 명시적인 의사에 반(反)하여 논할 수 없는 죄에서 피해자가 처벌을 원하지 아니한다는 의사표시를 하거나 처벌을 원한다는 의사표시를 철회한 경우
3. 피의자에 대하여 「형사소송법」 제247조에 따라 공소를 제기하지 아니하는 결정을 한 경우

한편 법원은 치료감호 청구 없이 공소만 제기된 사건의 심리결과 치료감호를 할 필요가 있다고 인정할 때에는 검사에게 치료감호의 청구를 요구할 수 있다(「치료감호 등에 관한 법률」 제4조 제7항).

라. 치료감호의 집행

치료감호의 집행은 검사가 지휘하고(「치료감호 등에 관한 법률」 제17조 제1항), 치료감호와 형이 병과된 경우에는 치료감호를 먼저 집행한다. 이 경우 치료감호의 집행기간은 형 집행기간에 포함한다(「치료감호 등에 관한 법률」 제18조).

치료감호를 선고받은 자에 대하여는 치료감호시설에 수용하여 치료를 위한 조치를 하는데, 수용하는 기간은 동법 제2조 제1항 제1호의 심신장애인 및 제3호의 정신성적 장애인인 15년, 동법 제2조 제1항 제2호의 마약 등 중독자는 2년을 초과할 수 없으나, 「특정 범죄자에 대한 보호관찰 및 전자장치 부착 등에 관한 법률」 제2조 제3호의2에 따른 살인범죄를 저질러 치료감호를 선고받은 피치료감호자가 살인범죄를 다시 범할 위험성이 있고 계속 치료가 필요하다고 인정되는 경우에는 법원은 치료감호시설의 장의 신청에 따른 검사의 청구로 3회까지 매회 2년의 범위에서 위 각 기간을 연장하는 결정을 할 수 있다(「치료감호 등에 관한 법률」 제16조 제1항, 제2항, 제3항).

치료감호 및 보호관찰의 관리와 집행에 관한 사항을 심사·결정하기 위하여 법무부에 치료감호심의위원회를 두고 피치료감호자에 대한 치료감호 종료 여부에 관한 사항 등을 심사, 결정한다(「치료감호 등에 관한 법률」 제37조 제1항, 제3항). 검사는 치료감호심의위원회의 심사, 결정사항에 관하여 위원회에 그 심사, 결정을 신청할 수 있고(「치료감호 등에 관한 법률」 제43조 제1항), 피치료감호자와 그 법정대리인 등도 피치료감호자가 치료감호를 받을 필요가 없을 정도로 치유되었음을 이유로 치료감호의 종료 여부를 심사·결정하여 줄 것을 위원회에 신청할 수 있다(「치료감호 등에 관한 법률」 제44조 제1항).

2. 치료명령제도

가. 도입배경과 취지

치료명령제도는 2015년에 개정된 「치료감호 등에 관한 법률(이하 치료감호법)」에서 도입되어 2016년 12월 2일부터 시행되어 오고 있다.

제도 도입 당시 주취자에 의해 계속해서 발생하고 있는 범죄 현상과, ‘강남역 살인사건’ 등과 같이 정신질환으로 인해 발생한 범죄가 여론의 주목을 끌면서 주취자 및 정신장애인에 대한 처우의 필요성이 증가함에 따라 관련 대책을 마련할 것이 강하게 제기되었는데,⁸³⁾ 특히 주취자·정신질환자의 범죄의 경우 범죄발생 원인에 대한 근본적인 치료라는 접근 없이는 재범을 방지하는 것이 어렵기 때문에, 주취·정신질환자가 치료감호 대상에 해당하지 아니하는 경미한 범죄를 저지르더라도 형사절차를 통해서 치료를 받도록 할 필요가 있었고, 이러한 취지 하에 치료명령제도가 도입되었다.⁸⁴⁾

또한 치료명령제도는 범법 주취자·정신질환자에 대하여 시설 내 처우로 인한 사회 단절을 통한 교정처우 보다는 사회 내 처우를 통한 치료를 받도록 하여 범죄의 원인을 제거함과 동시에 범법 주취자·정신질환자의 사회 복귀를 도모하기 위한 목적을 추구하고 있다.

나. 치료명령제도의 주요 내용

1) 치료명령 대상자

〈표 3-2〉 치료감호 등에 관한 법률

제44조의2(선고유예 시 치료명령 등) ① 법원은 치료명령대상자에 대하여 형의 선고 또는 집행을 유예하는 경우에는 치료기간을 정하여 치료를 받을 것을 명할 수 있다.

② 제1항의 치료를 명하는 경우 보호관찰을 병과하여야 한다.

③ 제2항에 따른 보호관찰기간은 선고유예의 경우에는 1년, 집행유예의 경우에는 그 유예기간으로 한다. 다만, 법원은 집행유예 기간의 범위에서 보호관찰기간을 정할 수 있다.

④ 제1항의 치료기간은 제3항에 따른 보호관찰기간을 초과할 수 없다.

제44조의3(판결 전 조사) ① 법원은 제44조의2에 따른 치료를 명하기 위하여 필요하다고 인정하면 피고인의 주거지 또는 그 법원의 소재지를 관할하는 보호관찰소의 장에게 범죄의 동기, 피고인의 신체

83) 치료감호법 개정이유 참조.

84) 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 448쪽.

적·심리적 특성 및 상태, 가정환경, 직업, 생활환경, 병력(病歷), 치료비용 부담능력, 재범위험성 등 피고인에 관한 사항의 조사를 요구할 수 있다.

② 제1항의 요구를 받은 보호관찰소의 장은 지체 없이 이를 조사하여 서면으로 해당 법원에 알려야 한다. 이 경우 필요하다고 인정하면 피고인이나 그 밖의 관계인을 소환하여 심문하거나 소속 보호관찰관에게 필요한 사항을 조사하게 할 수 있다.

③ 보호관찰소의 장은 제2항의 조사를 위하여 필요하다고 인정하면 국공립 기관이나 그 밖의 단체에 사실을 알아보거나 관련 자료의 열람 등 협조를 요청할 수 있다.

제44조의4(전문가의 진단 등) 법원은 제44조의2에 따른 치료를 명하기 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 정신건강의학과 전문의에게 피고인의 정신적 상태, 알코올 의존도 등에 대한 진단을 요구할 수 있다.

제44조의5(준수사항) 치료명령을 받은 사람은 다음 각 호의 사항을 준수하여야 한다.

1. 보호관찰관의 지시에 따라 성실히 치료에 응할 것
2. 보호관찰관의 지시에 따라 인지행동 치료 등 심리치료 프로그램을 성실히 이수할 것

제44조의6(치료명령의 집행) ① 치료명령은 검사의 지휘를 받아 보호관찰관이 집행한다.

② 치료명령은 정신건강의학과 전문의의 진단과 약물 투여, 상담 등 치료 및 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에 따른 정신건강전문요원 등 전문가에 의한 인지행동 치료 등 심리치료 프로그램의 실시 등의 방법으로 집행한다.

③ 보호관찰관은 치료명령을 받은 사람에게 치료명령을 집행하기 전에 치료기관, 치료의 방법·내용 등에 관하여 충분히 설명하여야 한다.

④ 그 밖에 치료명령의 집행에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제44조의7(치료기관의 지정 등) ① 법무부장관은 치료명령을 받은 사람의 치료를 위하여 치료기관을 지정할 수 있다.

② 제1항에 따른 치료기관의 지정기준 등 필요한 사항은 법무부령으로 정한다.

제44조의8(선고유예의 실효 등) ① 법원은 제44조의2에 따라 치료를 명한 선고유예를 받은 사람이 정당한 사유 없이 치료기간 중에 제44조의5의 준수사항을 위반하고 그 정도가 무거운 때에는 유예한 형을 선고할 수 있다.

② 법원은 제44조의2에 따라 치료를 명한 집행유예를 받은 사람이 정당한 사유 없이 치료기간 중에 제44조의5의 준수사항을 위반하고 그 정도가 무거운 때에는 집행유예의 선고를 취소할 수 있다.

③ 치료명령대상자에 대한 경고·구인·긴급구인·유치·선고유예의 실효 및 집행유예의 취소 등에 대하여는 「보호관찰 등에 관한 법률」 제38조부터 제45조까지, 제45조의2, 제46조 및 제47조를 준용한다.

제44조의9(비용부담) ① 제44조의2에 따른 치료명령을 받은 사람은 치료기간 동안 치료비용을 부담하여야 한다. 다만, 치료비용을 부담할 경제력이 없는 사람의 경우에는 국가가 비용을 부담할 수 있다.

② 비용부담에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

치료명령의 대상자는 ① 「형법」 제10조 제2항에 따라 형이 감경되는 심신장애인으로
서 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자, ② 알코올을 식음하는 습벽이 있거나
그에 중독된 자로서 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자, ③ 마약·향정신성의약품
·대마, 그밖에 대통령령으로 정하는 남용되거나 해독을 끼칠 우려가 있는 물질을 식음

· 섭취·흡입·흡연 또는 주입받는 습벽이 있거나 그에 중독된 자로서 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자(2017년 개정으로 추가됨)의 어느 하나에 해당하는 자로서, 통원치료를 받을 필요가 있으며 재범위험성이 있는 자이다(치료감호법 제2조의3).

치료명령 대상자에 ‘심신장애인’이 포함된다는 점에서 치료감호제도와 동일하다. 그러나 치료명령제도는 ‘주취자’를 대상자에 포함시키고 있을 뿐만 아니라 사회 내 처우라는 점에서, 일부 마약사범 및 제한적으로 알코올 중독이나 소아기호증 등의 성적 습벽이 있는 자를 대상자에 포함시켜 시설 내 처우로 운용되는 치료감호제도와는 차이가 있다. 또한, 집행비용에 있어서 국가부담을 원칙으로 하는 치료감호제도·성충동약물치료제도와 달리, 치료명령제도의 경우에는 자비부담을 원칙으로 하며 예외적으로 국가부담을 하고 있다는 점에서 차이가 있다.

치료명령제도와 관련 유사제도와와의 차이점을 비교하면 아래의 표와 같다.

〈표 3-3〉 치료명령제도 및 유사제도 비교

	치료명령제도	치료감호제도	성충동약물치료제도
대상자	주취자, 심신장애인	심신장애인이나 일부 마약사범, 제한적으로 알코올 중독이나 소아기호증 등의 성적 습벽이 있는 자	성폭력범죄를 저지른 성도착증 환자로서 성폭력범죄를 다시 범할 위험성이 인정되는 자
방법	사회 내 처우 (「의료법」에 따른 의사의 진단과 처방에 의한 약물투여, 「정신건강복지법」에 따른 정신보건전문요원 등 전문가에 의한 인지행동치료 등 심리치료)	시설 내 처우	사회 내 처우 (「의료법」에 따른 의사의 진단과 처방에 의한 약물투여, 「정신건강복지법」에 따른 정신보건전문요원 등 전문가에 의한 인지행동치료 등 심리치료)
비용 부담	자비부담 (예외적으로 국가부담)	국가부담	국가부담 (성폭력 수형자는 자비부담)

2) 치료명령의 선고

법원은 치료명령대상자에 대하여 형의 선고 또는 집행을 유예하는 경우에는 치료기간을 정하여 치료를 받을 것을 명할 수 있고, 치료를 명하는 경우 보호관찰을 병과해야 하는데 보호관찰기간은 선고유예의 경우에는 1년, 집행유예의 경우에는 그 유예기간으로 하되 집행유예 기간의 범위에서 보호관찰기간을 정할 수 있도록 하였다(「치료감

호 등에 관한 법률」 제44조의2 제1항, 제2항, 제3항). 이와 관련하여 일반적으로 선고유예 또는 집행유예가 개전의 정이 현저하고, 「형법」 제51조의 참작사유를 고려한 범죄자에게 부과된다는 점⁸⁵⁾에서 치료명령제도가 재범의 위험성을 요건으로 하였다는 점은 입법론적으로 재고의 필요성이 있다는 견해가 있다.⁸⁶⁾ 치료명령제도가 치료를 통해 범죄자의 사회복귀를 촉진함을 목적으로 하는 점, 선고 당시를 기준으로 치료명령대상자에게 개전의 정이 현저하여 재범의 위험성이 없어 보인다고 하더라도 향후 계속적인 치료를 필요로 한다는 점은 분명한데 계속적인 치료를 담보할 수 없는 상태로 대상자를 사회에 복귀시킬 경우 치료의 해태 등으로 인한 질환의 악화로 재범의 위험성이 높아질 염려가 있다는 점, 뒤에서 보는 바와 같이 「치료감호 등에 관한 법률」에서 치료명령대상자에 대한 선고유예의 실효와 집행유예의 취소를 규정하고 있다는 점 등을 감안하면 재범의 위험성 여부와 상관없이 대상자에게 치료명령을 부과할 수 있도록 하는 것이 타당하다고 생각된다.

법원은 치료를 명하기 위하여 필요하다고 인정하면 피고인의 주거지 또는 그 법원의 소재지를 관할하는 보호관찰소의 장에게 범죄의 동기, 피고인의 신체적·심리적 특성 및 상태, 가정환경, 직업, 생활환경, 병력(病歷), 치료비용 부담능력, 재범위험성 등 피고인에 관한 사항의 조사를 요구할 수 있다(「치료감호 등에 관한 법률」 제44조의3 제1항). 또한 필요하다고 인정하는 때에는 치료명령을 내릴 때 정신건강의학과 전문의 등 전문가에게 피고인의 정신적 상태, 알코올 의존도 등에 대한 진단을 요구할 수 있다(「치료감호 등에 관한 법률」 제44조의4).

3) 치료명령 집행

치료명령을 할 경우 보호관찰을 병과해야 하며(치료감호법 제44조의2 제2항), 이때

85) **형법 제59조(선고유예의 요건)** ① 1년 이하의 징역이나 금고, 자격정지 또는 벌금의 형을 선고할 경우에 제51조의 사항을 참작하여 개전의 정상이 현저한 때에는 그 선고를 유예할 수 있다. 단, 자격정지 이상의 형을 받은 전과가 있는 자에 대하여는 예외로 한다.

형법 제62조(집행유예의 요건) ① 3년 이하의 징역이나 금고 또는 500만원 이하의 벌금의 형을 선고할 경우에 제51조의 사항을 참작하여 그 정상에 참작할 만한 사유가 있는 때에는 1년 이상 5년 이하의 기간 형의 집행을 유예할 수 있다. 다만, 금고 이상의 형을 선고한 판결이 확정된 때부터 그 집행을 종료하거나 면제된 후 3년까지의 기간에 범한 죄에 대하여 형을 선고하는 경우에는 그러하지 아니하다.

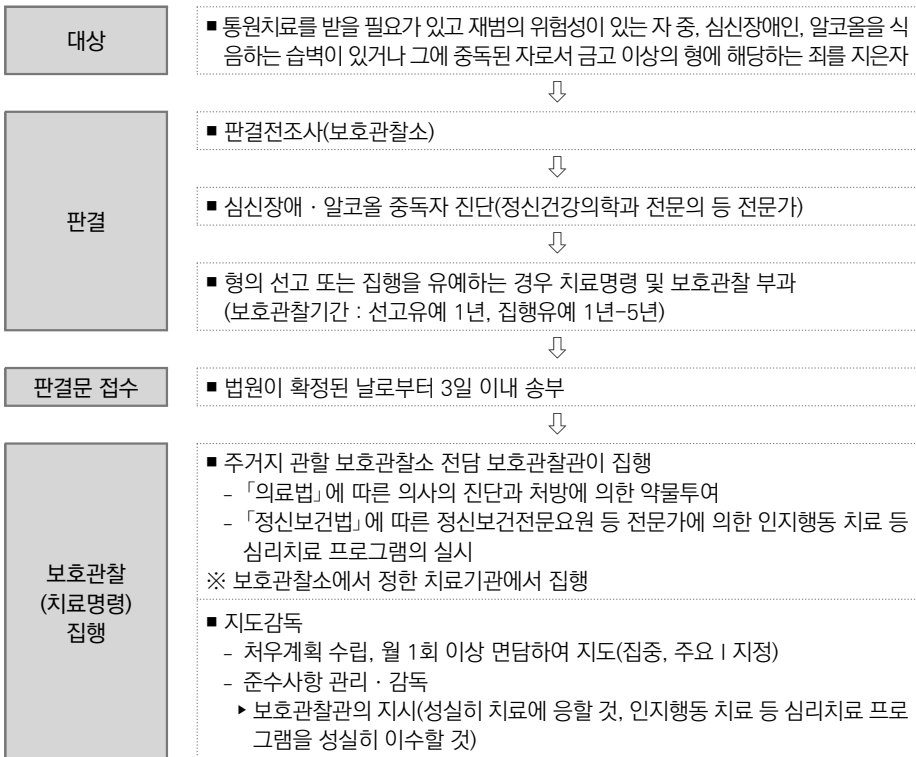
86) 김민이(2015), “‘형 집행 종료후 보호관찰’에 관한 연구”, 비교형사법연구 제17권 제2호, 한국비교형사법학회, 제2쪽 참조.

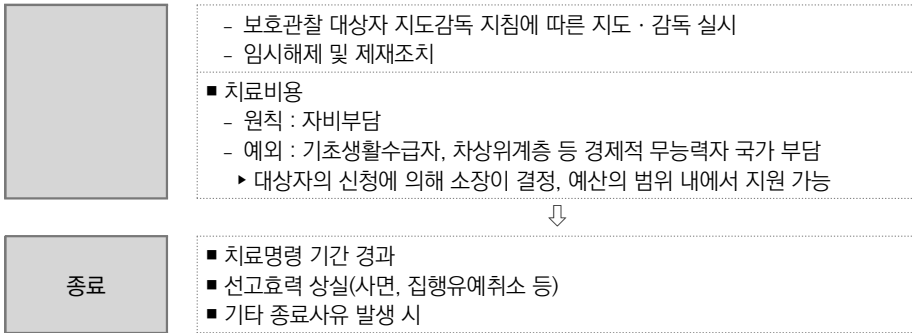
보호관찰 기간은 선고유예는 1년, 집행유예는 그 유예기간(최대 5년)으로 하고, 법원은 집행유예기간 내에서 보호관찰기간을 정할 수 있다(동법 제44조의2 제3항). 치료명령의 치료기간은 보호관찰기간을 초과할 수 없다(동법 제44조의2 제4항).

치료명령은 검사의 지휘를 받아서 보호관찰관이 집행한다(동법 제44조의6 제1항). 집행 방법은 정신건강의학과 전문의의 진단 및 약물 투여, 상담 등 치료 및 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에 따른 정신건강전문요원 등 전문가에 의한 인지행동치료 등 심리치료프로그램의 실시 등을 통해 집행하게 된다(동법 제44조의6 제2항).

치료명령 집행에 있어서 소요되는 비용은 원칙적으로 치료명령을 받은 자가 부담하지만, 예외적으로 치료비용을 부담할 경제적 능력이 없는 자에 한하여 국가가 그 비용을 부담하도록 하고 있다(동법 제44조의9).

치료명령제도 집행과 관련된 업무 절차를 살펴보면, 다음과 같다.





[그림 3-1] 치료명령제도 업무 절차

※ 법무부 범죄예방정책국 내부자료 인용.

4) 치료명령 위반의 효과

법원은 치료를 명한 선고유예를 받은 사람이 정당한 사유 없이 치료기간 중에 치료감호법 제44조의5의 준수사항⁸⁷⁾을 위반하고 그 정도가 무거운 때에는 유예한 형을 선고할 수 있고, 치료를 명한 집행유예를 받은 사람이 정당한 사유 없이 치료기간 중에 위 준수사항을 위반하고 그 정도가 무거운 때에는 집행유예의 선고를 취소할 수 있도록 하고 있다(「치료감호 등에 관한 법률」 제44조의8 제1항, 제2항).

다. 치료명령제도 운영 현황

치료명령제도에 대한 구체적인 현황에 대해서는 제4장 제2절(치료명령 대상자 현황 및 집행 실태)에서 후술한다.

3. 치료위탁제도

가. 도입배경과 취지

치료감호법은 정신장애범죄인에 대한 적절한 보호와 치료를 통해 재범방지 및 사회복귀의 촉진을 목적으로 하고 있다(동법 제1조). 이러한 치료감호는 시설수용을 원칙

87) 치료명령을 받은 사람은 다음 각 호의 사항을 준수하여야 한다.

1. 보호관찰관의 지시에 따라 성실히 치료에 응할 것
2. 보호관찰관의 지시에 따라 인지행동 치료 등 심리치료 프로그램을 성실히 이수할 것

으로 운영되고 있는데, 주지하다시피 수용시설에의 장기적 입원은 오히려 증상 자체를 악화시킬 수 있고, 원활한 사회복귀를 저해하는 요인으로 작용할 수 있기 때문에 시설 내 처우의 필요성이 없거나 사회 내 처우가 보다 바람직한 경우에는 치료감호시설 외에서 치료처우를 실시하는 것이 바람직하다. 이러한 취지 하에 현행 치료감호법은 치료감호심의위원회로 하여금 치료감호를 선고받은 피치료감호자에 대하여 집행 후 1년이 지난 경우에는 상당한 기간을 정하여 당사자의 법정대리인, 배우자, 직계친족, 형제자매에게 치료감호시설 이외의 시설에서 치료를 위탁할 수 있도록 하는(동법 제23조 제1항) ‘치료위탁제도’를 두고 있다.

나. 치료위탁제도의 주요 내용

〈표 3-4〉 치료감호 등에 관한 법률

제23조(치료의 위탁) ① 제37조에 따른 치료감호심의위원회는 치료감호만을 선고받은 피치료감호자에 대한 집행이 시작된 후 1년이 지났을 때에는 상당한 기간을 정하여 그의 법정대리인, 배우자, 직계친족, 형제자매(이하 “법정대리인등”이라 한다)에게 치료감호시설 외에서의 치료를 위탁할 수 있다.

② 제37조에 따른 치료감호심의위원회는 치료감호와 형이 병과되어 형기(刑期)에 상당하는 치료감호를 집행받은 자에 대하여는 상당한 기간을 정하여 그 법정대리인등에게 치료감호시설 외에서의 치료를 위탁할 수 있다.

③ 제1항이나 제2항에 따라 치료위탁을 결정하는 경우 치료감호심의위원회는 법정대리인등으로부터 치료감호시설 외에서의 입원·치료를 보증하는 내용의 서약서를 받아야 한다.

치료감호심의위원회는 치료감호만을 선고받은 피치료감호자에 대하여 집행 후 1년이 경과되었을 경우에, 또한 치료감호와 형이 병과되어 형기에 상당하는 치료감호 집행을 받은 자에 대하여 상당한 기간을 정하여 당사자의 법정대리인, 배우자, 직계친족, 형제자매에게 치료감호시설 이외의 시설에서 치료를 위탁할 수 있다(동법 제23조 제1항 내지 제2항). 치료위탁을 결정할 때에 치료감호심의위원회는 법정대리인 등으로부터 치료감호시설 이외의 시설에서 입원 및 치료를 하고 있는 내용을 보증하는 서약서를 제출받아야 한다(동법 제3항).

치료감호시설 외에서 피치료감호자가 법정대리인 등에게 위탁되는 경우에는 보호관찰이 개시되며, 기간은 3년이다. 다만, 3년의 기간이 채워지지 않았더라도 치료감호심의위원회의 치료감호종료 결정이 있다면 보호관찰은 종료된다. 또한, 치료위탁제도로

인하여 보호관찰이 개시된 대상자가 추후 다시 치료감호에 대한 집행을 받거나 새로운 범죄를 저질러서 금고 이상의 형을 받는 경우에도 보호관찰은 종료된다(동법 제32조).

다. 치료위탁제도 운영 현황

법무부, 법무연수원 등에서 발간한 법무연감, 범죄백서 등과 범죄예방정책국 및 각종 국가통계 홈페이지에서 치료위탁제도와 관련된 현황을 파악할 수 있는 통계자료가 나타나고 있지 않아 본제도가 실무에서 잘 활용되고 있지 않는 것으로 추측된다. 그 배경에는 현행법이 치료위탁과 관련된 모든 의무와 책임을 전적으로 법정대리인 등에게 부담케 하고 있어 대상자의 치료위탁을 꺼려하고 있기 때문인 것으로 생각된다.

4. 치료감호소 종료(가종료)자 사후관리제도 ① : 보호관찰제도

가. 도입배경과 취지

현행 치료감호법은 치료감호가 가종료된 자에 대해서는 보호관찰을 받도록 규정하고 있다. 치료감호가 가종료된 자의 경우 시설 내에서의 적절한 처우를 통해 재범위험성이 낮아져 이에 따라 사회 내 처우가 적절하다고 판단된 자에 대해서 3년간의 보호관찰을 조건으로 처분의 집행을 가종료하는 형식으로 퇴소를 시키고 있다. 그러나 치료감호기간이 만료되어 출소한 자에 대해서는 피치료감호자에 대한 치료와 보호관리가 계속해서 필요함에도 불구하고 현행법상으로 아무런 조치를 취할 수 없다는 지적에 따라 2017년 치료감호법 일부개정을 통해 치료감호기간 만료 후 출소자에 대하여 3년을 기간으로 하는 보호관찰제도를 도입하는 규정을 신설하였다(동법 제32조). 이에 따라 치료감호를 선고받은 자가 원래 선고받은 치료감호기간 또는 연장된 치료감호기간이 만료되어 출소한 경우에 치료감호심의위원회로 하여금 대상자에 대하여 보호관찰이 필요하다고 결정하는 경우에는 보호관찰을 부과할 수 있게 되었다.

나. 치료감호 종료(가종료)자 보호관찰제도 주요 내용

보호관찰제도의 주요 내용은 2018년에 개정된 치료감호법 상의 개정 내용을 중심으로 살펴보고자 한다.

〈표 3-5〉 치료감호 등에 관한 법률

- 제32조(보호관찰) ① 피치료감호자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하게 되면 「보호관찰 등에 관한 법률」에 따른 보호관찰(이하 “보호관찰”이라 한다)이 시작된다.
1. 피치료감호자에 대한 치료감호가 가종료되었을 때
 2. 피치료감호자가 치료감호시설 외에서 치료받도록 법정대리인등에게 위탁되었을 때
 3. 제16조 제2항 각 호에 따른 기간 또는 같은 조 제3항에 따라 연장된 기간(이하 “치료감호기간”이라 한다)이 만료되는 피치료감호자에 대하여 제37조에 따른 치료감호심의위원회가 심사하여 보호관찰이 필요하다고 결정한 경우에는 치료감호기간이 만료되었을 때
- ② 보호관찰의 기간은 3년으로 한다.
- ③ 보호관찰을 받기 시작한 자(이하 “피보호관찰자”라 한다)가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하게 되면 보호관찰이 종료된다.
1. 보호관찰기간이 끝났을 때
 2. 보호관찰기간이 끝나기 전이라도 제37조에 따른 치료감호심의위원회의 치료감호의 종료결정이 있을 때
 3. 보호관찰기간이 끝나기 전이라도 피보호관찰자가 다시 치료감호 집행을 받게 되어 재수용되었을 때
- ④ 피보호관찰자가 보호관찰기간 중 새로운 범죄로 금고 이상의 형의 집행을 받게 된 때에는 보호관찰은 종료되지 아니하며, 해당 형의 집행기간 동안 피보호관찰자에 대한 보호관찰기간은 계속 진행된다.
- ⑤ 피보호관찰자에 대하여 제4항에 따른 금고 이상의 형의 집행이 종료·면제되는 때 또는 피보호관찰자가 가석방되는 때에 보호관찰기간이 아직 남아있으면 그 잔여기간 동안 보호관찰을 집행한다.

1) 보호관찰의 정지 및 재개

2018년에 개정된 치료감호법에서는 보호관찰의 정지 및 재개의 사유를 신설하였다(동법 제32조 제4항, 제5항). 보호관찰 대상자가 보호관찰 기간 중에 금고 이상의 형을 받은 때에는 보호관찰이 종료되어, 금고 이상의 형 집행기간이 남아있던 보호관찰기간 보다 짧은 경우에는 보호관찰기간이 단축된다는 문제점이 있었다.⁸⁸⁾ 이러한 문제를 해결하기 위하여, 치료감호법에서는 치료감호 가종료로 인하여 보호관찰 대상이 된 자가 보호관찰기간 중 새로운 범죄로 인하여 금고 이상의 형 집행을 받게 된 때에는 보호관찰의 집행을 정지하는 동시에 보호관찰의 기간은 계속되는 것으로 하여 보호관

88) 치료감호법 개정이유 참조.

찰 대상자에 대한 형 집행이 종류·면제·가석방 되는 시점에 여전히 보호관찰기간이 남아있을 때에는 잔여기간 동안 보호관찰을 집행하도록 하는 규정을 신설하였다.⁸⁹⁾

2) 준수사항 관련

「보호관찰 등에 관한 법률」(이하 보호관찰법) 제32조에서는 보호관찰 대상자에게 일반적인 내용의 준수사항을 부과하는 규정을 두고 있다. 그러나 심신장애상태, 마약류·알코올이나 그 밖의 약물중독상태, 정신성적 장애가 있는 정신장애인(또는 정신질환자)를 대상으로 한다는 점에서 보호관찰법상의 일반적인 준수사항 이외에 치료감호법상의 보호관찰 대상자의 특성에 맞는 준수사항을 부과할 필요가 있다.⁹⁰⁾ 이에 따라 치료감호법상의 보호관찰 대상자에게는 주기적인 외래치료 및 처방받은 약물의 복용 여부를 검사받도록 하였으며(동법 제33조 제1항 제1호), 재범의 기회 또는 그러한 충동에 영향을 줄 수 있는 특정한 시간대에 외출을 제한하는 등(동항 제2호) 특수한 준수사항을 부과할 수 있도록 개정되었다(동법 제33조).

또한 이러한 준수사항을 위반할 경우 보호관찰법에서는 위반 정도에 따라 보호관찰을 취소할 수 있는 규정을 두고 있는데(동법 제48조), 치료감호법상 치료감호기간의 만료로 보호관찰 대상이 된 자가 정당한 사유 없이 준수사항을 위반한 경우에는, 1차적으로 준수사항 이행을 촉구하는 등 경고할 수 있으며, 그럼에도 불구하고 다시 정당한 사유 없이 준수사항을 위반하는 경우에는 1년 이하의 징역 또는 1천 만원 이하의 벌금에 처하는 규정을 신설하였다(제52조 제13항).

3) 유치제도 도입

종래 치료감호 가종료자가 준수사항을 위반한 경우 대상자를 조사하여 재범의 위험성이 높다고 판단이 되더라도 치료감호 가종료를 취소하는 심사를 위한 유치제도의 부재로 석방을 할 수밖에 없다. 이로 인해 추후 가종료가 취소되어 치료감호를 재집행할 때에 대상자의 신병을 다시 확보해야 하는 문제가 발생하여 그 동안 유치제도 도입의 필요성이 꾸준히 제기되어 왔다.⁹¹⁾ 이에 따라 2017년 일부개정을 통하여 치료

89) 치료감호법 개정이유 참조.

90) 치료감호법 개정이유 참조.

91) 치료감호법 개정이유 참조.

감호 가종료자에 대한 취소심사를 위한 유치제도가 신설되었다(동법 제33조의2).

새롭게 신설된 유치제도에 따르면, 보호관찰소장은 보호관찰 준수사항을 위반한 치료감호 가종료자에 대하여 구인한 뒤, 치료감호 가종료 및 치료위탁의 취소를 위한 치료감호심의위원회의 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 구인 후 48시간 이내에 검사에게 유치허가를 청구하는 신청을 하고, 검사가 이를 청구하여 판사로부터 유치허가를 받도록 하였다(동법 제42조). 유치기간은 구인한 날로부터 20일이며, 검사의 청구 및 판사의 허가로 20일의 범위에서 유치기간을 한 번 연장할 수 있다(동법 제43조).

다. 치료감호소 종료자 사후관리 현황

치료감호 종료자(가종료자)에 대한 보호관찰 현황과 관련하여 제4장 제3절(치료감호 가종료 보호관찰 대상자 현황 및 집행 실태)에서 후술한다.

5. 치료감호소 종료(가종료)자 사후관리제도 ② : 정신건강서비스 및 외래진료

가. 도입배경과 취지

정신질환의 경우 대부분 만성질환에 해당하기 때문에, 치료감호 종료로 인하여 치료가 중단되면 정신질환의 재발 가능성과 이로 인한 재범 가능성이 동시에 높아질 수 있다.⁹²⁾ 이에 치료감호가 종료되어 출소한 자가 지속적인 치료를 받을 수 있도록 하는 제도 도입의 필요성에 제기되었고, 이에 따라 2013년에 개정된 치료감호법에서 치료감호시설을 출소한 자가 치료감호시설에서의 외래진료를 신청한 경우에는 일정한 기간의 범위 내에서 무료로 통원치료를 받을 수 있도록 하는 ‘외래진료제’가 도입되어 시행되어 오고 있다(동법 제36조의3). 또한 2016년에 개정된 치료감호법에서는 치료감호시설 출소자가 지역 정신건강복지센터에 등록하여 상담, 진료, 사회복귀훈련 등 정신건강복지센터의 정신보건서비스를 받을 수 있도록 하는 규정을 신설하여 출소자의 치료 및 관리를 도모하고 있다(동법 제36조의2).

92) 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 440쪽.

나. 정신건강서비스 및 외래진료제도의 주요 내용

〈표 3-6〉 치료감호 등에 관한 법률

제36조의2(치료감호시설 출소자의 정신건강복지센터 등록 등) 치료감호가 종료 또는 가종료되거나 제 24조에 따라 집행정지된 사람(이하 “치료감호시설 출소자”라 한다)은 정신건강복지센터에 등록하여 상담, 진료, 사회복귀훈련 등 정신건강복지센터의 정신보건서비스를 받을 수 있다.

제36조의3(외래진료) ① 치료감호시설 출소자가 치료감호시설에서의 외래진료를 신청한 경우에 치료감호시설의 장은 검사, 투약 등 적절한 진료 및 치료를 실시할 수 있다.

② 제1항에 따른 외래진료의 절차 등에 관하여 필요한 사항은 법무부령으로 정한다.

제36조의4(보호관찰소와 정신건강복지센터의 공조) ① 보호관찰소의 장과 정신건강복지센터의 장은 피보호관찰자의 치료 및 재범방지, 사회복귀를 위하여 상호 협조하여야 한다.

② 보호관찰소의 장은 피보호관찰자에 대한 등록, 상담, 진료, 사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등 정신보건 관련 정보를 정신건강복지센터의 장에게 요청할 수 있다.

③ 정신건강복지센터의 장은 피보호관찰자의 공동 면담 등 피보호관찰자의 치료 및 재범방지, 사회복귀를 위하여 필요한 경우 보호관찰소의 장에게 협조를 요청할 수 있다.

치료감호법상의 정신건강서비스 및 외래진료제도의 주요 내용은 다음과 같다.

먼저, 외래진료의 경우 치료감호소 출소자가 출소한 날로부터 10년의 범위에서 실시할 수 있으며, 외래진료가 필요하다고 인정되는 경우에는 1회에 한하여 10년의 범위에서 기간을 연장할 수 있다(동법 시행규칙 제26조의2 제1항). 이때 실시되는 외래진료의 경우 치료감호시설에서 실시되며, 치료의 편의를 목적으로 필요한 한도 내에서 원격화상장비를 이용하여 진료할 수 있다(동조 제2항). 다만, 이때 출소자의 증상이 악화되더라도 치료감호시설에 입소시키도록 할 수는 없다(동조 제3항). 외래진료비용은 법무부장관이 부담하도록 되어 있어 출소자는 무료로 진료를 받을 수 있다(동시행규칙 제26조의3 제1항).

또한 치료감호가 종료·가종료·집행정지된 자의 경우 정신건강복지센터에 등록하여 상담·진료·사회복귀훈련 등 정신건강복지센터의 각종 정신보건서비스를 받을 수 있다(동법 제36조의2). 그리고 이를 위해 보호관찰소장과 정신건강복지센터장의 상호 협조규정을 명문으로 실시함으로써(동법 제36조의4 제1항), 보호관찰소장은 보호관찰 대상자에 대한 각종 정신보건 관련 정보를 정신건강복지센터장에게 요청할 수 있으며(동조 제2항), 반대로 정신건강복지센터장은 대상자에 대한 공동 면담 등을 진행할 때 필요한 경우에 한하여 보호관찰소장에게 협조를 요청할 수 있는 규정을

마련하였다(동조 제3항).

다. 정신건강서비스 및 외래진료제도 운영 현황

치료감호소 출소자에 대한 치료감호소의 외래진료 현황과 관련하여 제6장 제1절 (지역사회 내 처우의 강화)에서 후술한다.

6. 정신건강 상담·치료조건부 기소유예

가. 도입배경과 취지

「정신건강 상담·치료 조건부 기소유예 처리 지침」은 2016년 11월 24일에 대검찰청 예규 제873호로 지정되었으며, 같은 달 28일부터 시행되었다. 지침의 제정이유에 따르면, 정신적인 장애 또는 정신질환이 있는 상태에서 강력범죄·폭력범죄를 저지른 자에 대하여 상담 및 치료를 조건부로 하는 기소유예의 기준 및 절차를 마련함으로써 재범을 방지하고 사회복귀를 촉진하기 위해서 제정되었다고 한다(동지침 제1조).⁹³⁾

나. 주요 내용

1) 대상사건

정신건강 상담·치료 조건부 기소유예는 일정한 대상사건에 한하여 처분을 부과할 수 있다. 정신적 장애인 또는 정신질환자가 금고 이상의 형에 해당하는 경미한 강력범죄·폭력범죄를 저지른 경우에 「형법」상 양형의 조건(제51조)(① 범인의 연령, 성행, 지능과 환경, ② 피해자에 대한 관계, ③ 범행의 동기, 수단과 결과, ④ 범행 후의 정황 등)을 고려하여 처벌보다는 치료가 재범을 방지하는데 도움이 된다고 검사가 판단할 뿐만 아니라, 범죄자(당사자) 또는 친권자·후견인 등이 정신건강 상담·치료 조건부 기소유예 처분에 동의하는 경우에 비로소 보호관찰관의 선도 및 상담·치료를 조건으로 기소유예 처분을 할 수 있다(대검예규 제4조 제1항).

93) 국가법령정보센터 홈페이지, 「정신건강 상담·치료조건부 기소유예 처리 지침」 제·개정이유 참조 (<http://www.law.go.kr/admRulInfoP.do?admRulSeq=2100000125771&chrClsCd=010202&urlMode=admRulRvsInfoR>).

2) 검사의 정신건강 상담·치료 조건부 기소유에 처분

검사는 정신장애범죄인에게 정신건강 상담·치료 조건부 기소유에 처분을 부과하고자 할 때에는, 상담·치료 기간 동안 관련 준수사항을 이행하지 않을 경우에는 사건을 재기하여 다시 처분할 수 있음을 대상자에게 고지하고 처분 내용과 취지 등을 설명하여야 한다. 대상자가 상담·치료 참여에 동의하면, 검사는 상담·치료 조건부 기소유에 처분을 한다.

보호관찰소는 상담·치료 조건부 기소유에 대상자를 위탁받을 때 검사로부터 대상자의 동의서와 범죄사실을 포함한 상담·치료 위탁서를 접수하고, 상담·치료 위탁서를 접수한 즉시 상담·치료 인수서를 검사에게 송부한다. 기소유에 사건의 담당 보호관찰소는 원칙적으로 대상자의 주거지를 관할하는 기관이지만, 대상자가 특별히 희망하는 지역이 있거나 치료기관 상황에 따라서는 주거지 관할 이외의 보호관찰소에서 담당하기도 한다. 기소유에 대상자의 지도감독을 위한 분류등급은 치료명령 보호관찰 대상자와 동일하게 집중적인 지도감독이 가능한 수준으로 지정하고 있다.

3) 상담·치료의 집행

각 보호관찰소에서는 상담·치료 기소유에 대상자에 대한 전담 보호관찰관을 지정하고 있고, 전담 보호관찰관은 전문의가 진료하는 국·공립 또는 민간 정신건강 의료기관, 보건소 또는 국·공립정신의료기관에 설치된 정신보건센터 등을 상담·치료 기관으로 선정하여 대상자가 치료를 받도록 하고 있다. 만약, 대상자가 기소유에 위탁 전 이미 치료를 받고 있어 상담·치료 기관을 별도로 지정할 필요가 없는 경우에는 기존의 치료기관에서 치료를 그대로 받도록 하고 있다.

치료명령 제도와 마찬가지로 기소유에 대상자도 상담·치료 비용을 직접 부담하는 것이 원칙이다. 다만, 기초수급권자, 차상위계층 등 치료비용을 부담할 경제적 능력이 없는 경우 예산의 범위에서 국가가 부담한다.

4) 상담·치료 종료

전담 보호관찰관은 6개월의 기소유에 보호관찰 기간이 종료하면, 종료일로부터 2주일 안에 상담·치료 기소유예를 의뢰한 검찰청에 상담·치료 결과통보서를 송부하

면서 사건을 종료하게 된다.

5) 상담·치료 불이행자에 대한 조치

만일 기소유예 대상자가 소재를 알 수 없거나 상담·치료 등을 제대로 받지 않을 경우 상담·치료 불이행 사실을 의뢰 검찰청에 통보한다. 상담·치료 불이행자를 통보받은 검사는 해당 기소유예 취지에 반하는 경우에는 사건에 대하여 공소를 제기하며, 특별한 사정이 없는 한 상담·치료 불이행자에 대해서는 재차 기소유예 처분을 하지 않고 있다.

다. 운영 현황

정신장애범죄인에 대한 정신건강 상담·치료 조건부 기소유예 처리 현황과 관련하여 제4장 제4절(정신건강 상담·치료조건부 기소유예 대상자의 현황 및 실태)에서 후술한다.

제2절 정신보건의료적 대응

특정 범죄를 저질러 일정한 요건을 갖춘 정신장애범죄인은 치료감호나 치료명령의 대상자가 되어 형사사법체계 내에서 대응을 하지만, 이러한 요건을 충족하지 못하여 치료감호·치료명령의 대상에서 제외된 정신장애범죄인,⁹⁴⁾ 또는 자·타해 위험성이 있는 정신장애인의 경우에는 정신보건의료체계 내에서 대응을 하고 있다.⁹⁵⁾⁹⁶⁾ 현행

94) 경미한 위법행위를 하여 기소유예처분을 받거나 벌금형 또는 선고·집행유예를 선고 받은 정신장애범죄인 등.

95) 정신보건법상의 강제입원 규정을 통해 입원되는 정신장애인의 수는 약 6만 여명으로, 치료감호를 받는 사람(약 1,000여 명)의 60배 정도가 되며, 교도소의 수형자(약 4만 5,000여명)보다도 많은 것으로 나타나고 있다. 따라서 정신장애인의 위험과 범죄에 대해서는 강제입원제도가 형사제재보다 더 많이 활용되고 있음을 알 수 있다. 신권철(2013), “경미범죄 정신장애인 치료제도의 도입방안”, 연구용역보고서, 서울보호관찰소, 62쪽.

96) 실무에 있어서는 정신장애인이 가정이나 지역사회 내에서 재물손괴나 폭행 등 위험한 행동을 하는 경우라도 고소·고발·신고가 없는 경우라면 실제 형사입건 되는 경우는 드물고, 또한 경찰이 정신장애인의 경미한 범죄 자체를 형사입건하지 않고서(또는 입건한 후) 정신장애인의 건강과 지역사회의 위험을 방지하기 위한 목적으로 정신보건시스템에 의한 강제입원(응급입원,

우리나라의 정신보건의료체계는 정신건강복지법에 의거하여 정신장애인이 자·타해 위험이 있거나 가족이나 이웃 등 주위 사람들이 수인하기 어려운 행동을 하는 경우에 있어 이에 대해 치료적 조치를 할 수 있도록 규정하고 있으며, 대표적인 치료적 조치로는 강제입원을 포함한 입원제도와 외래치료명령제도가 있다. 이하에서는 2016년에 전면 개정된 정신건강복지법 상의 입원제도와 외래치료명령제도의 주요 내용을 중심으로 살펴보고자 한다.⁹⁷⁾

1. 강제입원제도

정신건강보건법상의 강제입원제도는 정신장애인에 대한 효과적이고 집중적인 치료를 목적으로 하고 있다. 그러나 실제적으로는 치료 외에도 사회적 격리와 요양의 목적으로도 운영되고 있어 종종 사회적 문제가 되기도 한다. 예컨대, 치매노인이나

보호입원 또는 행정입원)을 정신보건법에 따라 이행하는 경우도 있다고 한다. 실제 경찰실무에서 가족 내 가정폭력과 관련된 신고, 주거 없는 노숙인이나 주취자에 대한 신고에서 일부의 경우에는 위와 같은 강제입원시스템을 거쳐 입원하는 경우도 적지 않다고 한다. 신권철(2013), 앞의 보고서, 62쪽.

97) 2016년 5월 30일 종래의 정신보건법이 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스지원에 관한 법률」로 전면 개정되었다. 개정 법률의 주요 내용은 인권보호를 위해 종래의 강제입원제도를 개선하고, 정신질환으로 인한 차별 해소 및 정신건강 증진·복지서비스의 근거 규정 마련으로, 구체적인 주요 개정내용은 다음과 같다. (이하 보건복지부 보도자료(2017.05), “정신보건법 개정 배경 및 정신건강복지법 주요내용 안내” 내용을 인용하여 작성)

○ 강제입원 절차 개선

강제입원 시 전문의 1인 진단으로 입원하던 것을, 다른 정신의료기관 소속인 전문의 진단이 추가로 있어야 2주 이상 입원이 가능하도록 하였고, 모든 강제입원은 1개월 이내에 입원적합성심사위원회에서 입원적합성 여부를 심사받도록 하였다. 또한, 강제입원 시 6개월에 한 번 입원기간 연장을 심사하던 것을, 초기에는 3개월 간격으로 심사하도록 기간을 단축하였다.

○ 정신질환자 차별해소

정신질환으로 ‘독립적 일상생활을 하는데 중대한 제약이 있는 사람’으로 정신질환자의 법적 의미를 축소하였고, 종래 정신병의 경증과 무관하게 모든 환자를 정신질환자로 정의하여 경증 정신질환자의 경우에도 각종 자격취득이 제한되었으나 우울증 등 경증 환자의 경우 장애인 지도사, 말조련사, 가족인공 수정사, 화장품제조판매업 등의 자격 취득이 가능하도록 하였다.

○ 정신건강 증진·복지서비스 근거 마련

국가·지역 정신건강증진계획을 수립하고 이에 따른 조기발견 등 정신건강증진사업을 실시하도록 규정하였고, 정신질환자의 복지서비스(교통·교육·문화서비스 지원, 지역사회 통합 지원 등)에 관한 규정을 신설하였다.

○ 동의입원 신설

본인의 입원 의사와 보호의무자 1인의 입원 동의에 의해 입원이 가능하도록 하는 ‘동의입원’ 제도를 신설(제42조)하였다. 동의입원의 경우 자의입원을 조건으로 하고 있지만, 자·타해 위험이 있는 경우 정신과 전문의 판단으로 72시간 동안 퇴원제한이 가능하도록 하였다.

발달장애인, 알코올중독으로 입원되어 있는 환자의 경우에 종종 강제입원을 통한 치료라기보다는 격리나 요양의 목적에 치중해 있는 경우가 많다.

주지하다시피, 정신의료기관이나 정신요양시설 내에서의 열악한 처우, 작업요법을 빙자한 노동요구, 격리·강박 시의 사망사건, 강제입원과정에서의 응급환자이송단의 불법적 이송, 다른 나라들과 비교하기 어려울 정도의 장기입원과 높은 강제입원 비율 등은 언론의 주된 소재가 되어 지속적으로 이슈화되었고, 특히, 가족들 사이에서 상속 분쟁이나 재산분쟁에서 유리한 지위를 차지하기 위해 다른 가족을 강제로 입원시키는 사건들이 사회적 이슈가 되면서 사회적으로도 강제입원 문제의 심각성을 인식하게 되었다. 이러한 문제적 상황을 배경으로 2016년 5월 정신보건법이 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스지원에 관한 법률」로 전면 개정되어 2017년 5월 30일부터 시행되었는데, 강제입원제도는 주요 개정내용의 하나이다.

정신건강복지법에서는 총 5가지의 입원제도를 두고 있다. 입원의 자발성 유무에 따라 대상자가 자발적으로 입원하는 자의입원과 동의입원이 있고, 대상자의 의사와 무관하게 강제로 입원시킬 수 있는 보호의무자에 의한 입원, 특별자치시장 등에 의한 입원, 응급입원이 있다. 정신건강복지법 상 입원 유형별 주요 내용은 아래와 같다.

가. 자의입원(제41조)

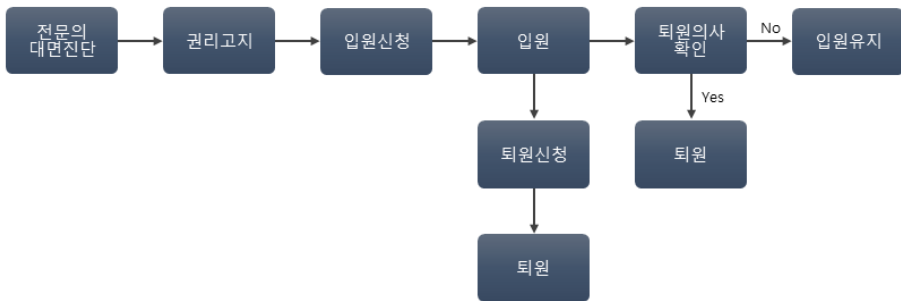
〈표 3-7〉 신·구 대조표

자의입원	정신건강복지법(제41조)	정신보건법(제23조)
입원대상자	1.정신질환자 2.정신건강상 문제가 있는 사람	정신질환자
퇴원의사 확인	2개월마다	1년에 1회 이상
퇴원	퇴원신청이 있는 경우 지체 없이 퇴원	

법적인 정신질환자 개념이 정신건강복지법에서 “망상, 환각, 사고나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람(제3조 제1호)”으로 축소되면서 법적인 정신질환자 범주에는 포함되지 않은 정신건강상 문제가 있는 사람이 입원 대상에 추가되었다.

이에 따라 정신질환자나 그밖에 정신건강상 문제가 있는 사람이 입원 등 신청서를

정신의료기관 등의 장에게 제출하여 그 정신의료기관 등에 입원 등을 하는 경우로서 정신의료기관 등의 장은 자의입원을 한 사람이 퇴원 등을 신청한 경우에는 지체 없이 퇴원 등을 시켜야 하고, 정신의료기관 등의 장은 자의입원 등을 한 사람에 대하여 입원 등을 한 날부터 2개월마다 퇴원 등을 할 의사가 있는지를 확인하여야 한다(정신건강복지법 제41조).⁹⁸⁾ 자의입원의 절차는 아래의 그림과 같다.



[그림 3-2] 자의입원 절차

※ 국립정신건강센터(2017), 사법정신건강사업, 44쪽 그림 인용.

나. 동의입원(제42조)

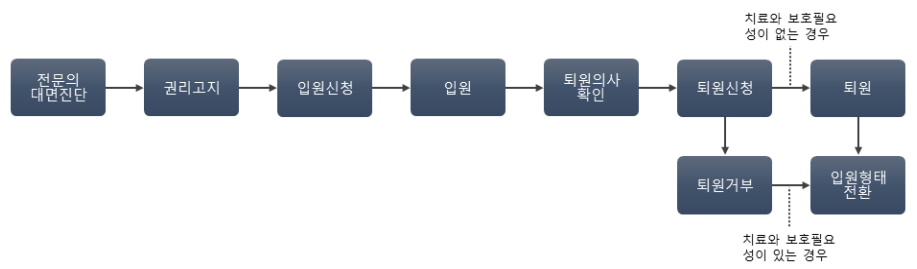
〈표 3-8〉 신·구 대조표

동의입원	정신건강복지법(제42조)	정신보건법
입원대상자	정신질환자 또는 정신건강상의 문제가 있는 사람	없음
입원요건	환자 본인의 신청 + 보호의무자 1인 동의	
퇴원의사 확인	2개월마다	
퇴원	1. 퇴원신청이 있는 경우 지체 없이(48시간 이내) 퇴원이 원칙 2. 예외적으로 동의입원자가 보호의무자 동의 없이 퇴원 신청하는 경우에 치료와 보호 필요성이 있는 경우 72시간 동안 정신의료기관의 장이 퇴원 제한 가능 3. 퇴원 제한 시간 동안 보호입원이나 행정입원 절차를 시작하는 것이 가능	

동의입원은 이번 전면 개정을 통해 새로이 도입된 입원제도이다. 정신질환자가 보호의 무자의 동의를 받아 입원 등 신청서를 정신의료기관 등의 장에게 제출하여 그 정신의료

98) (구)정신보건법에서는 1년마다 퇴원의사를 다시 확인해야 했으나, 개정된 정신건강복지법에서는 2개월로 단축되었다.

기관 등에 입원 등을 하는 경우로서 정신의료기관 등의 장은 입원 등을 한 정신질환자가 퇴원 등을 신청한 경우에는 지체 없이 퇴원 등을 시켜야 한다. 다만, 정신질환자가 보호의 무자의 동의를 받지 아니하고 퇴원 등을 신청한 경우에는 정신건강의학과 전문의 진단 결과 환자의 치료와 보호필요성이 있다고 인정되는 경우에 한정하여 정신의료기관 등의 장은 퇴원 등의 신청을 받은 때부터 72시간까지 퇴원 등을 거부할 수 있고, 퇴원 등을 거부하는 기간 동안 제43조(보호의무자에 의한 입원 등) 또는 제44조(특별자치시장 등에 의한 입원 등)에 따른 입원 등으로 전환할 수 있다. 정신의료기관 등의 장은 입원 등을 한 정신질환자에 대하여 입원 등을 한 날부터 2개월마다 퇴원 등을 할 의사가 있는지를 확인하여야 한다(정신건강복지법 제42조). 동의입원 절차는 아래의 그림과 같다.



[그림 3-3] 동의입원 절차

※ 국립정신건강센터(2017), 사법정신건강사업, 44쪽 그림 인용.

다. 보호의무자에 의한 입원(제43조)

〈표 3-9〉 신·구 대조표

보호입원	정신건강복지법(제43조)	정신보건법(제24조)
보호의무자	1. 보호의무자 2명 이상 신청 2. 후견인 우선 3. 보호의무자가 될 수 없는 사람을 추가로 규정	보호의무자 2인 동의 부양의무자 우선
입원요건	정신질환자 1. 입원치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환을 앓고 있는 경우(이하 '입원 필요성') 2. 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험(이하 '자·타해위험') ※ 위 두 가지 요건을 충족한다는 전문의의 입원필요성 진단과 보호의무자 2인 이상의 신청필요	정신질환자 입원 등 치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환 또는 자신의 건강이나 안전, 타인의 안전을 위하여 입원 등을 할 필요

보호입원	정신건강복지법(제43조)	정신보건법(제24조)
입원기간	1. 정신보건법에서는 정신과 전문의 1인의 입원 권고로 입원이 신청되고 유지되었지만, 정신건강복지법에서는 첫 2주 이내의 진단입원 기간 이후에는 서로 다른 기관의 전문의 2인의 일치된 소견이 있어야만 치료입원이 유지될 수 있음 2. 최초 심사기간은 3개월로 단축되었고, 이후의 연장은 6개월까지임(최초입원 후 3개월 → 3개월 → 이후 6개월 주기)	6개월(매 6개월마다 정신보건심판위원회 입원기간 연장 심사 및 승인 필요)
정신과 전문의 진단	입원 연장 심사 청구시마다 2명의 전문의 진단 필요(그 중 1인은 국립·공립정신의료기관 또는 보건복지부장관이 지정한 정신의료기관 소속 전문의여야 함)	1인의 정신과 전문의 진단 필요
입원연장 동의	보호의무자 2명 이상 동의 최초 입원 후 3일 이내에 입원적합심사위원회에 입원신고를 해야 함	보호의무자 2인 동의
퇴원절차	1. 정신의료기관(정신요양시설)의 장은 퇴원신청이 있는 경우 지체 없이 퇴원시키는 것이 원칙임 2. 보호입원의 요건(입원 필요성 + 자·타해 위험성)이 지속되고 있는 경우 퇴원거부 가능. 이 경우 환자 또는 보호의무자는 퇴원 등 심사청구 가능 3. 입원적합성심사위원회가 입원부적합으로 판정하여 정신의료기관에 통보 시 지체없이 퇴원시켜야 함	

이러한 정신질환자가 정신의료기관 등에서 입원치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환을 앓고 있으면서 정신질환자 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있어 입원 등을 할 필요가 있는 경우, 정신질환자의 보호의무자 2명 이상(보호의무자가 1명만 있는 경우에는 1명)이 신청하고, 정신건강의학과 전문의가 입원 등이 필요하다고 진단한 경우에 해당 정신질환자를 입원 등을 시킬 수 있다.

정신의료기관 등의 장은 정신건강의학과 전문의 진단 결과, 입원 등이 필요하다고 진단한 경우 그 증상의 정확한 진단을 위하여 2주의 범위에서 기간을 정하여 입원하게 할 수 있고, 진단 결과 계속 입원 등이 필요하다는 서로 다른 정신의료기관 등에 소속된 2명 이상의 정신건강의학과 전문의의 일치된 소견이 있는 경우에만 해당 정신질환자에 대하여 치료를 위한 입원 등을 하게 할 수 있다.

입원 등의 기간은 최초로 입원 등을 한 날부터 3개월 이내로 하는데, 3개월 이후의 1차 입원 등 기간 연장은 3개월 이내, 1차 입원 등 기간 연장 이후의 입원 등 기간

연장은 매 입원 등 기간 연장시마다 6개월 이내로 한다. 기간 연장은 서로 다른 정신의료기관 등에 소속된 2명 이상의 정신건강의학과 전문의가 입원 등 기간을 연장하여 치료할 필요가 있다고 일치된 진단을 하는 경우로서 보호의무자 2명 이상(입원 등 신청 시 신청 보호의무자가 1명만 있었던 경우에는 1명으로 한다)이 입원 등의 기간 연장에 대한 동의서를 제출한 경우에만 할 수 있는데 이 경우 정신의료기관 등의 장은 입원 등 기간을 연장할 때마다 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 대통령령으로 정하는 기간 이내에 그 연장에 대한 심사를 청구하여야 한다. 정신의료기관 등의 장은 입원 등 기간 연장의 심사 청구에 대하여 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장으로부터 퇴원 등 또는 임시 퇴원 등 명령의 통지를 받은 경우에는 해당 정신질환자를 지체 없이 퇴원 등 또는 임시 퇴원 등을 시켜야 하고, 입원 등을 한 사람 또는 보호의무자가 퇴원 등을 신청한 경우에는 지체 없이 그 사람을 퇴원 등을 시켜야 한다. 다만, 정신의료기관등의 장은 그 입원 등을 한 사람이 정신의료기관 등에서 입원치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환을 앓고 있으면서 정신질환자 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있는 경우에는 퇴원 등을 거부할 수 있다. 정신의료기관등의 장은 퇴원 등을 거부하는 경우에는 지체 없이 정신질환자 본인과 퇴원 등을 신청한 보호의무자에게 그 거부사실 및 사유와 제55조(관할 특별자치시장 등에 대한 퇴원 등 심사 청구)에 따라 퇴원 등의 심사를 청구할 수 있다는 사실 및 그 청구 절차를 서면으로 통지하여야 한다(정신건강복지법 제43조). 보호의무자에 의한 입원 절차는 아래의 그림과 같다.



[그림 3-4] 보호의무자에 의한 입원 절차

※ 국립정신건강센터(2017), 사법정신건강사업, 45쪽 그림 인용.

라. 특별자치시장 등에 의한 입원(행정입원)(제44조)

〈표 3-10〉 신·구 대조표

행정입원	정신건강복지법(제44조, 제62조)	정신보건법(제25조, 제36조)
대상자	정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 자	정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 의심되는 자
입원의뢰 절차와 기간	- 정신건강전문요원 또는 전문의의 신청 - 지자체장의 진단의뢰 - 전문의 진단 - 지자체장의 입원의뢰(2주, 지정정신의료기관) - 2명 이상 전문의 입원 필요성 진단 - 지자체의 치료를 위한 계속입원 의뢰(지정정신의료기관) - 행정입원(3개월)	
입원연장	- 전문의 2명 이상의 진단 - 정신건강심사위원회의 입원연장 심의(최초입원 시에는 3개월, 최초 입원연장 이후 3개월, 그 후 매 6개월마다)	전문 2인 이상의 진단 또는 정신보건심판위원회의 입원연장심사(최장 6개월 이후 연장 불가)
입원기관	정신보건법에서는 국가나 지방자치단체가 설치 또는 운영하는 정신의료기관 또는 종합병원에 행정입원을 의뢰할 수 있었으나, 정신건강복지법에서는 보건복지부장관이나 지방자치단체의 장이 지정한 정신의료기관(이하 지정정신의료기관)에 행정입원을 의뢰할 수 있음	-

정신건강의학과 전문의 또는 정신건강전문요원은 정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 사람을 발견하였을 때 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(이하 특별자치시장 등이라 함)에게 그 사람에 대한 진단과 보호를 신청할 수 있고, 경찰관은 정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 사람을 발견한 경우 정신건강의학과 전문의 또는 정신건강전문요원에게 그 사람에 대한 진단과 보호의 신청을 요청할 수 있다. 정신건강의학과 전문의 또는 정신건강전문요원으로부터 신청을 받은 특별자치시장 등은 즉시 그 정신질환자로 의심되는 사람에 대한 진단을 정신건강의학과 전문의에게 의뢰하여야 한다.

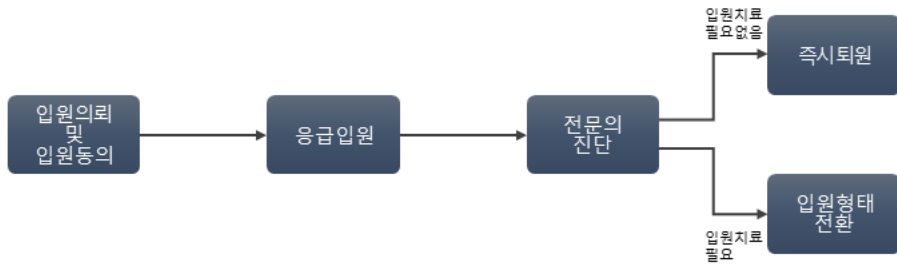
정신건강의학과 전문의가 정신질환자로 의심되는 사람에 대하여 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있어 그 증상의 정확한 진단이 필요하다고 인정한 경우에 특별자치시장 등은 그 사람을 보건복지부장관이나 지방자치단체의

장이 지정한 정신의료기관에 2주의 범위에서 기간을 정하여 입원하게 할 수 있고, 특별자치시장 등은 입원을 시켰을 때에는 그 사람의 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 사람에게 지체 없이 입원 사유·기간 및 장소를 서면으로 통지하여야 한다. 정신질환자로 의심되는 사람을 입원시킨 정신의료기관의 장은 지체 없이 2명 이상의 정신건강의학과 전문의에게 그 사람의 증상을 진단하게 하고 그 결과를 특별자치시장 등에게 서면으로 통지하여야 한다. 특별자치시장 등은 진단 결과 그 정신질환자가 계속 입원할 필요가 있다는 2명 이상의 정신건강의학과 전문의의 일치된 소견이 있는 경우에만 그 정신질환자에 대하여 지정정신의료기관에 치료를 위한 입원을 의뢰할 수 있고, 입원 의뢰를 한 때에는 그 정신질환자와 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 사람에게 계속하여 입원이 필요한 사유 및 기간, 퇴원 등 또는 처우개선의 심사를 청구할 수 있다는 사실 및 그 청구 절차를 지체 없이 서면으로 통지하여야 한다(정신건강복지법 제44조). 특별자치시장 등은 입원한 정신질환자에 대하여 최초로 입원을 한 날부터 3개월 이내에 입원을 해제하여야 하며, 입원의 해제 사실을 그 정신질환자가 입원하고 있는 정신의료기관의 장에게 서면으로 통지하여야 한다. 이 경우 그 정신의료기관의 장은 지체 없이 그 정신질환자를 퇴원시켜야 한다. 단 2명 이상의 정신건강의학과 전문의가 진단⁹⁹⁾하고 소관 정신건강심사위원회에서 심사한 결과 그 정신질환자가 퇴원할 경우 정신질환으로 인하여 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 명백하다고 인정되는 경우에는 특별자치시장 등은 최초 입원 후 3개월, 최초 심사 후 3개월, 이후 6개월 간격으로 보호입원과 동일하게 입원 기간의 연장이 가능하다(동법 제62조). 특별자치시장 등에 의한 입원(행정입원) 절차는 아래의 그림과 같다.

99) 보호입원과 달리 2명 이상의 전문의는 서로 다른 정신의료기관 소속일 필요는 없다.

전문의에게 그 응급입원한 사람의 증상을 진단하게 하여야 한다.

정신의료기관의 장은 정신건강의학과 전문의의 진단 결과 그 사람이 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있는 정신질환자로서 계속하여 입원할 필요가 있다고 인정된 경우에는 위 4가지 규정에 따라 입원을 할 수 있도록 필요한 조치를 하고, 계속하여 입원할 필요가 없다고 인정된 경우에는 즉시 퇴원시켜야 하며, 응급입원을 시켰을 때에는 그 사람의 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 사람에게 입원이 필요한 사유·기간 및 장소를 지체 없이 서면으로 통지하여야 한다(정신건강복지법 제50조).



[그림 3-6] 응급입원 절차

※ 국립정신건강센터(2017), 사법정신건강사업, 48쪽 그림 인용.

2. 외래치료명령제도

가. 도입배경과 취지

외래치료명령제도는 일반적으로 정신질환자에 대하여 병원이 아닌 집 또는 지역사회의 기관 등에서 거주하면서 필요한 치료를 강제로 받도록 하는 제도를 말한다.¹⁰⁰⁾

이러한 외래치료명령제도는 2000년대 초반부터 우리나라에서 그 필요성이 언급되기 시작하였는데, 필요성의 주요 이유로 ① 환자들이 병원을 계속 순환하여 입원하는 것을 일컫는 소위 ‘회전문 현상’으로 인한 장기입원 정신질환자 관리, ② 관리에 소홀하여 정신질환이 재발한 후 폭력적인 행동을 하는 정신질환자로부터 사회를 보호하기 위한

100) 신은주(2010), “정신질환자에 대한 외래치료명령제도”, 한국의료법학회지 제18권 제1호, 한국 의료법학회, 57쪽.

장치 마련. ③ 정신질환자 중에서 특히 범법 정신질환자 관리. ④ 국가 및 보호자의 경제적 부담을 경감시키기 위한 목적, ⑤ 지역정신보건사업의 활성화가 주장되었다.¹⁰¹⁾

우리나라는 2008년 (구)정신보건법의 개정에 따라 외래치료명령제도가 도입되어 (제37조의2), 2009년 3월 22일부터 시행되고 있다.

2016년 5월 (구)정신보건법이 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)」으로 전부 개정되면서, 외래치료명령 관련 규정이 일부 신설되었다(제64조). 신설 규정의 주요 내용으로는 ① 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 구급대원에게 정신기관까지 외래치료명령 대상자 호송 요청 가능(동조 제5항), ② 외래치료명령 철회 가능 및 위험성이 인정되는 경우 각종 입원신청 요청의무(동조 제6항), ③ 외래치료명령 이행시 발생하는 비용을 국가·지방자치단체가 전부 또는 일부 부담할 수 있도록 하였다(동조 제7항).

나. 외래치료명령제도의 주요 내용

〈표 3-12〉 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률

- 제64조(외래치료 명령 등) ① 정신의료기관의 장은 제43조와 제44조에 따라 입원을 한 정신질환자 중 정신병적 증상으로 인하여 입원을 하기 전 자신 또는 다른 사람에게 해를 끼치는 행동을 한 사람으로서 대동령으로 정하는 사람에 대해서는 보호의무자의 동의를 받아 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 1년의 범위에서 외래치료 명령을 청구할 수 있다.
- ② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 외래치료 명령의 청구를 받았을 때에는 소관 정신건강심의위원회의 심의를 거쳐 1년의 범위에서 기간을 정하여 외래치료를 받도록 정신질환자에게 명령할 수 있다.
- ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 외래치료 명령을 한 때에는 지체 없이 정신질환자 본인 및 그 보호의무자와 외래치료 명령을 청구한 정신의료기관의 장 및 외래치료 명령을 수행하게 될 정신의료기관의 장에게 그 사실을 서면으로 통지하여야 한다.
- ④ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 외래치료 명령을 받은 사람이 그 외래치료 명령에 따르지 아니하고 치료를 중단할 때에는 그 사람이 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있는지를 평가하기 위하여 그 사람에게 지정정신의료기관에서 평가를 받도록 명령할 수 있다. 이 경우 해당 명령을 받은 사람은 명령을 받은 날부터 14일 이내에 지정정신의료기관에서 평가를 받아야 한다.
- ⑤ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제4항에 따라 외래치료 명령을 받은 사람에게 평가를 받도록 명령하는 경우 구급대원에게 그 사람을 정신의료기관까지 호송하도록 요청할 수 있다.
- ⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제4항에 따라 평가한 결과 외래치료

101) 이유진 외 7인(2011), “우리나라 외래치료명령제의 시행과 개선방향”, 생물치료정신의학 제17권 제2호, 대한생물치료정신의학회, 165쪽.

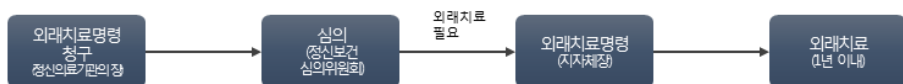
명령을 받은 사람이 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 없다고 인정되는 경우에는 외래치료 명령을 철회하고, 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 인정되는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 조치를 하여야 한다.

1. 제41조에 따라 자의입원 등을 신청하게 하는 것
2. 제42조에 따라 동의입원 등을 신청하게 하는 것
3. 보호의무자에게 제43조 제1항에 따른 입원등 신청을 요청하는 것
4. 제44조 제7항에 따라 입원하게 하는 것(제1호부터 제3호까지의 조치에 따르지 아니하는 경우만 해당한다)

⑦ 국가와 지방자치단체는 외래치료 명령에 따라 발생하는 비용의 전부 또는 일부를 부담할 수 있다.

1) 외래치료명령 절차

정신의료기관의 장은 ‘보호의무자에 의한 입원’과 ‘특별자치시장 등에 의한 입원’을 한 정신질환자 중 정신병적 증상으로 인하여 입원을 하기 전 자신 또는 다른 사람에게 해를 끼치는 행동을 한 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람(의료급여법의 수급권자, 다른 법령에 따라 진료비 지원을 받을 수 있는 사람, 보호의무자가 외래치료 비용을 지급하기로 한 사람)에 대해서는 보호의무자의 동의를 받아 특별자치시장 등에게 1년의 범위에서 외래치료명령을 청구할 수 있고, 특별자치시장 등은 외래치료 명령의 청구를 받았을 때에는 소관 정신건강심의위원회의 심의를 거쳐 1년의 범위에서 기간을 정하여 외래치료를 받도록 정신질환자에게 명령할 수 있으며, 국가와 지방자치단체가 외래치료명령에 따라 발생하는 비용의 전부 또는 일부를 부담할 수 있도록 하였다(정신건강복지법 제64조). (구)정신보건법에 규정된 외래치료명령제도는 비용부담에 대한 규정이 없어 외래치료명령대상자 또는 보호의무자가 그 비용을 부담하였으나 개정된 정신건강복지법에서는 외래치료명령에 따라 발생하는 비용의 전부 또는 일부를 국가와 지방자치단체가 부담할 수 있도록 함으로써 외래치료명령의 실효성을 높일 수 있게 되었다.



[그림 3-7] 외래치료명령 절차

※ 국립정신건강센터(2017), 사법정신건강사업, 49쪽 그림 인용.

2) 외래치료명령 대상자

정신건강복지법상 외래치료명령 대상자는 앞서 살펴본 바와 같이 동법 제43조(보호자에 의한 입원) 및 제44조(특별자치시장·특별자치도지사·시·군·구청장에 의한 입원)에 따른 환자 중에서 정신병적 증상으로 인하여 입원을 하기 전 자신 또는 다른 사람에게 해를 끼치는 행동을 한 자이다. 구체적으로 살펴보면, ① 「의료급여법」에 따른 수급권자, ② 「공무원연금법」, 「산업재해보상보험법」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 등 다른 법령에 따라 진료비 지원을 받을 수 있는 자 중 보건복지부 장관이 고시하는 자, ③ 보호의무자(「건강보험법」에 따른 건강보험 가입자만 해당된다)가 외래치료비용을 지급하기로 한 자가 외래치료명령 대상자가 된다.¹⁰²⁾

외래치료명령제도는 각종 입원제도를 통해 이미 입원한 정신질환자를 대상으로 병원에 입원하기 전인 과거 행동에 기초하여 미래에 위험이 발생할 수 있는 가능성에 대처하기 위한 선제적인 조치로 행해진다는 점에서 ‘예방적인 성격’을 가지고 있다고 평가받고 있다.¹⁰³⁾ 또한 이러한 한정적인 대상자 개념은 외래치료명령을 지역사회 치료라는 광의의 개념보다는 각종 입원치료를 대체하는 협소한 개념으로 접근하게 만든다는 점에서 문제가 있다고 보는 견해도 있다.¹⁰⁴⁾ 그리고 이러한 우려는 치료가 필요한 정신질환자에 대하여 입원하지 않았거나 보호자가 외래치료명령을 거부하는 경우에는 정작 외래치료명령을 청구할 수 있는 법적 근거가 없다는 점에서 문제가 되고 있다.¹⁰⁵⁾

3) 외래치료명령 불이행

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 외래치료명령을 받은 대상자가 명령에 따르지 않고 치료를 중단한 경우, 그 대상자가 스스로의 건강 또는 안전이나 타인에게 해를 끼칠 위험성이 있는지 평가하기 위하여 대상자가 외래치료명령을 받은 날로부터 14일 이내에 지정된 정신의료기관에서 평가를 받도록 하였다(정신건강복지법 제64조 제4항).

102) 보건복지부(2018), 2018년 정신건강사업 안내, 295쪽.

103) 신은주(2010), “정신질환자에 대한 외래치료명령제도”, 58쪽.

104) 이유진 외 7인(2011), 앞의 논문, 165쪽.

105) 보건복지부 보도자료(2018.07.23.), 퇴원 후에도 지속 치료 필요 시 환자 동의 없이도 사례관리 추진, 3쪽.

외래치료명령제도는 지속적인 치료가 필요함에도 불구하고 병원에 입원할 필요성이 없는 자에 한하여 병원 외에서 치료를 받도록 했으나, 대상자가 이에 불복종하여 치료를 중단하는 경우에 대상자로 하여금 자기 자신이나 타인을 해할 수 있는 위험성을 평가받도록 함으로써 조건부 퇴원의 성격을 가지고 있다고 평가받고 있다.¹⁰⁶⁾ 또한 외래치료명령제도에 대한 불이행은 곧 행정입원으로 이어진다는 점에서 그 실효성에 의문을 제기하는 견해도 있다.¹⁰⁷⁾ 즉 정신의료기관의 장이 외래치료명령제도를 청구하도록 규정되어 있으나, 대부분 환자의 경우 보호자가 집이 아닌 주소지에서 멀리 떨어져 있는 정신의료기관에 입·퇴원을 반복하다가 결국에는 투약을 거부하여 증상이 심해져 자해·타해의 위험성이 높은 경우에는 결국 행정입원으로 이어지게 된다는 점에서, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 외래치료명령과 관련된 권한을 주는 것이 과연 실효성이 있는지에 대해서 의문이 제기되고 있다.¹⁰⁸⁾ 이에 따라 외래치료명령제도의 효과를 높이기 위해서 대상자가 투약을 거부할 경우 장기지속형 주사제 투입 등 치료 불이행에 대한 대책 마련이 구체적으로 논의되고 있다.¹⁰⁹⁾

다. 외래치료명령제도 운영 현황

외래치료명령제도는 2009년에 도입된 이래로 약 10여년이 되는 오늘날까지 관련 통계자료를 찾아볼 수가 없어, 현황파악이 어려운 상황이다. 외래치료명령제도가 시행된지 1년여 지난 시점에는 제도 자체에 대한 인식부족으로 거의 활용되지 못하고 있다는 평가를 받았으며,¹¹⁰⁾ 그 다음해에도 관련 전문가(정신과 의사, 공무원 등)의 인식부족 및 시행과 관련된 구체적인 지침 부재 등으로 활용도가 매우 낮음을 이유로 외래치료명령을 청구하는 건수가 사실상 전무하며, 이에 대하여 보건복지부에서는 현황파악조차 하지 않고 있다고 한다.¹¹¹⁾

106) 신은주(2010), “정신질환자에 대한 외래치료명령제도”, 58쪽.

107) 이만우(2018), 정신질환자 범죄 예방 및 치료 지원을 위한 정책방안, 이슈와 논점 제1499호, 국회입법조사처, PDF 파일 기준 3쪽.

108) 이만우(2018), 앞의 논문, 3쪽.

109) 위의 논문, 3쪽.

110) 신은주(2010), “정신질환자에 대한 외래치료명령제도”, 122쪽.

111) 이유진 외 7인(2011), 앞의 논문, 165쪽.

이러한 평가는 현재에도 여전히 유효하다. 외래치료명령제도의 현황을 파악한 통계 자료는 여전히 찾아볼 수 없는데, 보건복지부에서 발간하는 각 연도 정신건강사업 보고서나, 통계청의 e-나라지표, 그리고 국립정신건강센터에서 발간하는 각 연도 국가정신건강현황 조사 보고서 등에서도 외래치료명령제도의 시행여부는 확인할 수 없는 상황이다.

이러한 외래치료명령제도는 실무에서 잘 활용되고 있지 않은 것으로 평가되고 있는데, 그 배경에는 병원 측은 환자가 입원하고 있는 경우에 환자관리가 더 쉽고, 자·타해 위험이 있다면 지역사회에 있는 것보다 병원이나 시설 내에 있는 것이 나쁘지 않다고 생각하고 있다는 점, 또한 청구절차와 요건이 엄격하고, 병원 측의 경제적 불이익(환자가 퇴원하면 병원수익이 줄어들 수 있음) 등이 원인으로 작용하고 있는 것으로 주장되고 있다.¹¹²⁾ 앞서 언급한 바와 같이 개정 정신건강복지법에서는 외래치료명령제도의 개선책으로 ① 외래치료명령 불응자에 대한 자타해 위험 평가를 위해 경찰관 또는 구급대원 호송의 근거 마련, ② 평가결과 자타해 위험이 인정되는 경우 외래치료명령 철회 및 입원조치의 근거 마련, ③ 국가 및 지방자치단체의 외래치료명령 비용 지원 등의 규정이 신설됨에 따라 외래치료명령제도의 활성화를 도모하고 있다.¹¹³⁾

제3절 현행 제도의 문제점과 한계 - 치료적 관점

1. 치료감호제도

현행 치료감호제도의 목적은 심신장애 상태, 마약류·알코올이나 그 밖의 약물중독 상태, 정신성적장애가 있는 상태 등에서 범죄행위를 한 자로서 재범의 위험성이 있고 특수한 교육·개선 및 치료가 필요하다고 인정되는 자에 대하여 적절한 치료와 보호를 함으로써 그들의 사회복귀와 자립을 돕고(치료감호법 제1조), 이를 통해 그들로부터 사회의 안전을 확보하기 위한 것이다.¹¹⁴⁾ 이러한 목적을 달성하기 위해서 피치료감

112) 신권철(2013), 앞의 보고서, 54쪽.

113) 위의 보고서, 55쪽.

114) 치료감호제도는 정신장애인에 의한 범죄가 사회문제로 대두되면서 사회방위와 정신장애인의 치료·보호를 목적으로 도입되었다. 성경숙(2009), “정신장애범죄인의 형사책임에 관한 연구”,

호자에 대한 적절한 치료와 다양한 치우프로그램 등을 통해 재범방지와 그들의 원활한 사회복귀를 위해 노력하고 있으나, 정신장애인에 의한 범죄는 계속해서 발생하고 있으며 국민들의 정신장애범죄인에 대한 불안감 또한 점점 증가하고 있다.¹¹⁵⁾ 특히 가중료 또는 만기 종료로 인해 퇴원한 피치료감호자의 경우 정신질환 관련 치료와 사회복귀처우를 받았다고는 하지만, 여전히 일반인에 비해 사리분별력과 자기통제력이 약하기 때문에 이들에 대한 지속적인 치료와 보호·관리가 이루어지지 않으면 다시 범죄를 저지를 가능성이 매우 크다.¹¹⁶⁾

예컨대, 정신장애범죄인의 경우 자신이 가지고 있는 정신질환으로 인해 병에 대한 인식을 결여하고 있거나 자기통제와 의지력이 부족한 경우가 많기 때문에, 이들 대부분은 출소 후 자신의 관리 및 사회생활에 있어 부족한 부분이 많고, 더욱이 정신질환의 잔류증상이 있어 치료약물을 계속 복용해야 함에도 불구하고 치료와 복용을 중단하는 경우도 종종 발생하고 있다. 출소 후 이들에 대한 이러한 사회 내에서의 보호·관리의 미비와 치료의 단절은 이들의 자상타해(自傷他害)의 잠재적·현실적 위험성의 증가로 이어져, 결국 사회에 큰 충격과 반향을 일으켰던 ‘강남역 살인사건’¹¹⁷⁾과 같은 충격적인 범죄로 이어지게 된다.¹¹⁸⁾

이와 같이 심신상실 또는 심신미약의 상태에서 중대한 범죄가 발생하게 되면 피해자에게 심각한 피해를 초래하는 것은 물론이고, 병의 증상으로 인해 가해자가 된 대상자에게도, 나아가 사회적으로도 매우 불행한 사태라고 할 수 있다. 따라서 치료감호소 출소자에 대한 필요한 의료체계와 보호·관리 인프라를 확보하여 사회 내에서의

성균관대학교 박사학위논문, 159-160쪽.

115) “정신질환자들 … 강력범죄 비율, 일반범죄자의 10배”, 동아일보, 2016년 7월 19일자, 그림재인용(<http://news.ichannela.com/society/3/03/20160719/79264928/2>)(검색일 2018.11.30.).

116) 손외철(2011), 앞의 박사학위논문, 3쪽.

117) “검찰, 강남역 살인 사건은 여성혐오 아닌 정신질환 탓”, 중앙일보, 2016년 7월 10일자 참조(<http://news.joins.com/article/20286879>)(검색일 2018.11.30.).

118) 실제로 연구에 의하면 범법 정신장애인의 경우 퇴원 후 정기적인 투약이 재범방지에 미치는 영향이 매우 큰 것으로 보고되고 있는데, 피치료감호자는 만성적인 정신질환이나 약물 등의 심각한 중독증상 등으로 인해 치료의 효과가 더디게 나타나고, 이로 인해 이들 대부분은 퇴원 후에도 잔류증상이 있어 퇴원 후에도 치료약물의 복용을 계속하지 않을 경우 증상이 재발할 가능성이 매우 높고, 이로 인해 이러한 증상에 기인한 재범 발생의 가능성도 함께 높아지는 것으로 보고하고 있다. 손외철(2011), 앞의 박사학위논문, 96쪽; 박학모/안성훈(2016), “치료감호제도의 재정비 방안 연구”, 연구용역보고서, 법무부, 107쪽.

지속적이고 효율적인 치료 및 보호·관리를 실시하고, 이를 통해 재범을 방지하고 원할한 사회복귀를 위한 방안을 강구하는 것은 형사정책뿐만 아니라정신보건의료정책 있어서도 매우 중요한 과제라고 할 수 있다.¹¹⁹⁾

현행 치료감호법은 피치료감호자의 치료감호시설 수용기간을 명문으로 규정하고 있다. 즉 1호 처분 대상자인 심신장애인과 3호 처분 대상자인 소아성기호증, 성적가학증 등 성적 성벽 있는 정신성적 장애인의 치료감호 기간은 15년으로 제한하고 있고, 또한 2호 처분 대상자인 마약·알코올 등 중독자에 대해서는 2년으로 제한하고 있다. 다만, 「특정 범죄자에 대한 보호관찰 및 전자장치 부착 등에 관한 법률」 제2조 제3호의2에 따른 살인범죄(이하 ‘살인범죄’라 한다)를 저질러 치료감호를 선고받은 피치료감호자가 살인범죄를 다시 범할 위험성이 있고 계속 치료가 필요하다고 인정되는 경우에는 법원은 치료감호시설의 장의 신청에 따른 검사의 청구로 3회까지 매회 2년의 범위에서 기간을 연장하는 결정을 할 수 있도록 하고 있어 법률적으로는 피치료감호자를 최장 21년간 수용할 수 있다.

문제는 재범 위험성과 치료의 필요성에 근거하여 부과되는 치료감호제도의 특성상 처분의 근거가 되는 위험요인이 제거되지 않는 한 피치료감호자의 보호와 사회방위를 위해서 해당 처분이 계속 유지되어야 함에도 불구하고, 일반인 수행자의 형집행과 같이 수용기간이 만료되면 시설에서 퇴소를 시켜야하는 모순된 상황에 직면하게 된다는 점이다.¹²⁰⁾ 이와 같은 제도적 모순을 보완하고자, 앞서 살펴본 바와 같이 2017년에 개정된 치료감호법은 치료감호 만기종료자에 대해서 보호관찰의 필요성이 인정될 경우 3년간 보호관찰을 받을 수 있도록 하여 만기종료자에 대한 사회 내에서의 처우와 관리가 가능하도록 하는 길을 열어주었다.

실제로 피치료감호자는 퇴원한 이후에 직면하는 사회·경제적 요인으로 인해 정신질환이 재발할 가능성이 높고, 이에 따라 정신질환에 기인한 재범으로 이어지는 사례가 매우 높다는 점에서 시설 퇴소 후 치료처우의 필요성과 중요성이 강조되고 있다. 선행연구에 의하면, 퇴원 후 보호관찰의 적절한 집행여부가 피치료감호자의 정신질환

119) 안성훈(2011), “치료감호제도의 개선방안 연구”, 연구총서, 한국형사정책연구원, 26쪽; 박학모/안성훈(2016), “치료감호제도의 재정비 방안 연구”, 연구용역보고서, 법무부, 99쪽.

120) 현행 치료감호법 상의 수용기간의 제한은 보안처분의 취지에 부합하지 것으로 생각되지만, 시설수용 이외의 다른 치료처우의 부재와 이들에 대한 특별한 보호·관리를 기대할 수 없는 현행 제도의 문제점을 고려할 때 피치료감호자의 인권보호를 위한 불가피한 선택으로 생각된다.

의 재발과 이에 근거한 재범에 강한 상관관계를 가진다고 한다. 즉 퇴원 후 보호관찰기간 동안 경고 등 제재조치를 받지 않고 보호관찰관과 성실하게 접촉하는 등 보호관찰 순응도가 높은 대상자의 재범률이 현격하게 낮은 것으로 나타나 보호관찰 대상자의 보호관찰 순응도 여부가 재범에 상당한 영향을 미치는 것으로 보고하고 있다.¹²¹⁾

따라서 퇴원 후 피치료감호자의 재범을 효과적으로 방지하고 원활한 사회복귀를 위해서는 치료감호소 내에서의 성공적인 치료도 중요하지만, 이에 못지않게 피치료감호자의 퇴원 후 보호관찰관이 대상자와 자주 접촉하면서 수시로 정신장애의 발병여부를 확인하고 대상자에게 필요한 원호를 적시에 제공하는 등의 사회 내에서의 지속적인 치료와 보호·감독의 필요성과 중요성이 강조되고 있다.¹²²⁾

2. 치료명령제도

2016년 12월부터 시행되고 있는 치료명령제도는 범법 주취자·정신질환자에 대하여 시설 내 처우가 아닌 사회 내 처우를 통한 치료를 받도록 하여 재범위험성의 제거와 원활한 사회복귀를 도모하기 위한 제도로써 종래 시설수용 위주의 처우에서 벗어나 사회 내 처우의 확대 가능성을 열어주었다는 점에서 큰 의의가 있다. 그러나 치료명령 대상자를 경미한 형사사건을 저질러 선고유예나 집행유예를 받는 정신장애범죄인으로 한정하고 있다는 점에서 정신장애범죄인에 대한 사회 내 치료처우의 의미를 퇴색시키고 있어 문제가 있다.

이와 같이 치료명령 대상자를 경미한 형사사건을 저지른 정신장애인으로 한정하고 있는 배경에는 “중증 정신질환을 앓고 있는 환자가 흉악한 범죄를 저지른다”고 하는 잘못된 고정관념이 자리 잡고 있는 것으로 추측된다. 실제로 “중증 정신질환을 앓고 있는 환자가 흉악범죄를 저지른다”고 하는 고정관념이 언론보도를 통해 종종 보고되

121) 영국에서는 “보호관찰순응과 프로그램 참여(compliance and participation)와 재범률과의 관계에 관한 실증적인 연구에서 서로 상관관계가 높다는 사실을 확인하고, 보호관찰명령에 잘 따르는 단기적 순응(short-term compliance)뿐만 아니라, 재범방지에 효과가 있다고 인정되어 인지행동치료 프로그램에 적극 참여하는 장기적 순응(long-term compliance)이 성공적인 보호관찰의 핵심요인임을 강조하면서 장·단기 순응도를 향상시킬 수 있는 이론적·실무적 수준의 방안을 마련하려고 노력하고 있다”고 한다. 손외철(2011), “치료감호 가중료자의 재범 요인과 재범률 감소방안에 관한 연구”, 한국범죄심리연구 제7권 제1호, 한국범죄심리학회, 94쪽; 손외철(2011), 앞의 박사학위논문 참조.

122) 안성훈(2011), 앞의 보고서, 150쪽.

고 있고, 일반인들도 이러한 생각에 대체로 동의하는 분위기이다. 예컨대 정신장애인에 의한 범죄가 발생한 직후의 언론의 기사는 다음과 같은 내용이 대부분이다.

“이런 사건의 범인들이 정신질환자임이 밝혀진 후 국민들은 정신질환자들의 범죄를 우려하고 당국의 허술한 중증 정신질환자 관리 체계를 비난하고 있다. 더욱 걱정되는 것은 흉악범죄를 저지른 정신질환자가 계속 증가하고 있다는 것이다.”¹²³⁾

그러나 정신의료 전문가에 따르면 이러한 생각은 잘못된 것으로 언론이 이러한 잘못된 관념을 유포하는 것은 문제가 있다고 지적한다.¹²⁴⁾ 이러한 잘못된 생각의 배경에는 “정신질환은 중증일수록 범죄의 위험성이 높다”고 하는 생각이 자리 잡고 있다. 그러나 이러한 생각은 의료적 근거가 없는 잘못된 생각이다.¹²⁵⁾ 즉 흉악범죄를 일으켰기 때문에 심각한 중증 정신질환을 가지고 있을 것이라고 생각하기 쉬우나 정신질환의 중증도와 범죄의 위험성은 상관관계가 없다. 오히려 정신기능이 현저히 떨어져 혼란스러운 상태가 되면 단순한 충동행위를 일으킬 수는 있어도 주도면밀하게 범행장소를 물색하고 흉기를 준비하는 등의 계획적인 범죄 실행은 불가능하게 된다. 이 때문에 환각, 망상 등의 병상이 두드러지게 나타날수록 그 이상성을 주위에서 빨리 알 수 있게 되어 조기에 의료 또는 형사사법기관의 보호를 받게 됨으로써 위험한 행동은 사전에 방지된다. 사회에 큰 충격을 주는 범죄에서는 오히려 이와 반대되는 경우가 대부분이다. 즉 범인의 대부분은 이상행동을 보였다고 하더라도 나름대로 사회에서 잘 생활을 하고 있던 자이다. 경우에 따라서는 치료를 받은 적도 없고, 범죄경력이 없는 자도 적지 않다. 따라서 정신의료 전문가들은 전형적인 정신질환보다도 인격장애나 정신질환의 경계에 있는 상태, 즉 어느 정도의 생활능력을 가지고 있지만 대인관계가 불안정하고 종종 주변에서 심각한 갈등을 야기하는 등의 상태에 있는 자가 특이한 범죄로 이어지기 쉽다고 지적한다.¹²⁶⁾

이와 같이 범죄의 중대사와 병상의 중대사는 반드시 상관관계를 가지지 않는다.

123) “중증 정신질환자 국가가 적극 관리·치료해야”, 경기신문, 2018년 6월 12일자(<http://www.kgnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=518231>)(검색일 2018.11.10.).

124) 中谷陽二(2005), 司法精神医学と犯罪病理, 金剛出版, 12쪽.

125) 위의 책, 12쪽.

126) 위의 책, 13쪽.

중대한 범죄를 저지른 환자는 병상이 중하고, 반대로 병상이 중하면 중대범죄를 저지를 가능성이 높다고 하는 관계는 반드시 성립되지 않는다. 즉 단순히 의료적인 판단에 근거하는 한 중대범죄를 저지른 환자라고 하더라도 급성기의 병상이 안정화되어 치료를 통해 관리될 수 있는 상황이라면 치료명령을 통해 사회 내에서 치료처우를 받을 수 있도록 하는 것 바람직할 것이다.

3. 형사사법체계와 정신보건의료체계의 협력관계 부재

정신장애범죄인에 대한 치료처분에 있어서 형사사법과 정신의료의 관계를 고려할 때 주의할 점은 “범행 시 시비선악을 판단하고, 그 판단에 따라 행동을 제어할 수 있었는가”라고 하는 형법상의 책임능력의 기준과, “입원시키지 않으면 정신장애로 인한 자상타해의 위험이 있다”고 하는 정신건강복지법 상의 강제입원 기준에서 알 수 있듯이 형사사법과 정신의료에 있어서의 치료처분의 기준은 근본적으로 목적을 달리하고 있다. 따라서 형사사법과 정신의료의 협업의 구축에 있어서는 이러한 두 기준을 어떻게 조화롭게 판단을 할 것인지가 중요한 문제가 된다.

형사사법에 있어서 치료처분에 대한 기대는 형사처분을 면제하지만 치료감호를 원용하여 사회로부터 격리함으로써 재범을 예방하고자 하는 대책이 주된 목적으로 정신의료에 있어서의 격리기능, 즉 형벌의 대체역할이 기대되고 있다. 그러나 이러한 기대는 장기입원이 당연히 되었던 입원 중심의 과거의 정신의료체계에 있어서는 환자의 장기수용에 강한 거부감 없이 형사사법과 정신의료와의 관계에서 암묵적 협조관계가 이루어질 수 있겠지만, 탈시설화를 중심으로 하는 현 정신의료체계에서는 이러한 협조관계는 기대할 수 없다.

예컨대, 치료감호시설 퇴소(가종료 또는 만기)자 또는 치료명령 대상자에 대한 정신의료기관과의 치료연계 또는 치료협조가 이루어져 지역사회 내의 정신의료기관에서의 강제입원치료 또는 통원치료가 이루어진다고 하더라도, 정신보건전문의료에 의해 입원치료 또는 통원치료 불요로 판정될 경우 형사사법기관과 정신의료기관의 판단기준의 차에 의한 문제가 언제든지 발생할 수 있다.

한편 이러한 문제는 형사제재체계와 정신보건체계에 있어서의 강제치료처분 절차

에서 발생하는 차이에서도 나타날 수 있다. 즉, 앞서 살펴보았듯이 정신건강복지법상의 강제입원제도는 현재의 자·타해 위험성을 근거로 대상자가 보호되고 정신과의 자·타해 위험성을 목전에 두고 진단을 하여 판정을 함으로써 병상의 파악과 위험성의 판정이 비교적 용이하다고 할 수 있다. 그러나 형사사법절차에 있어서는 문제행동의 발생으로부터 진단까지에 수사기간이 있고, 또한 기소 전에 감정이 실시되면 적어도 2~3개월의 기간이 소요되는데, 이 기간 동안에 충분히 문제행동의 원인이 된 병상이 없어지거나 완화될 가능성이 있고, 이렇게 되면 위험성이 있다고 판정을 하고자 하는 경우 형사사법체계와 정신의료체계의 차이에 의한 문제가 발생할 수 있다. 예컨대 한편으로는 살인이나 방화 등의 중대 범죄를 저지른 사실이 엄연히 존재하고, 다른 한편으로는 판단 시에 이미 병상이 완화되었다고 하는 사례를 상정해 볼 때, 이 경우 재판관은 사회의 안전에 중점을 두고 치료를 고려하기 때문에 판정에 큰 고민이 없을 것으로 생각되지만, 정신과전문의는 어디까지나 치료에 중점을 두고 있기 때문에 위험성 소실의 판단과 강제치료처분 불요 또는 해제의 판정에 있어서 고민할 수밖에 없다.

이러한 상황으로 인해 정신장애범죄인들은 정신보건체계와 사법체계 그 어느 쪽에도 적용되지 못한 채 서로 떠넘겨지며 양쪽에서 배척당하고 있다. 앞서 살펴보았듯이 정신장애범죄인에 대한 처우는 형사사법체계와 정신보건의료체계가 서로 협력함으로써 가장 효과적으로 관리될 수 있음은 분명해 보인다. 현재와 같이 형사사법체계가 정신보건의료체계를 통한 치료처우를 대신할 수 없기 때문에 정신보건의료체계상의 치료처우를 이용할 수 없다는 이유만으로 정신장애범죄인에 대한 격리와 수용 위주의 대책이 지향되어서는 안 될 것이다. 정신장애범죄인의 경우에도 본질은 범죄행위의 원인이 정신질환에 근거하고 있다는 점에서 정신장애인의 처우와 근본적으로 다르지 않다는 점을 고려할 때, 정신장애범죄인에 대한 대책은 정신보건의료체계상의 처우를 중심으로 형사사법체계가 보완하는 형태로 협력관계를 강화해 나갈 필요가 있다.

제 4 장

정신장애범죄인의 지역사회 내 형사사법적 대응 현황: 치료감호법상 치료명령 및 보호관찰 제도

정 진 경

제4장

정신장애범죄인의 지역사회 내 형사사법적 대응 현황 : 치료감호법상 치료명령 및 보호관찰 제도

제1절 개관

정신장애인에게 심각한 정서적·심리적 고통과 사회적 기능 손상을 유발하는 정신과적 증상의 해결은 정신장애인의 심리적 안녕과 원만한 사회 적응을 위하여 필수적이며, 특히 정신과적 증상으로 범죄 행위에 이른 정신장애범죄인의 경우 정신장애의 조절과 치료는 재범 방지를 목적으로 하는 형사사법적 대응에서 중요한 처우의 내용이자 방법이다.

정신장애와 범죄 행위의 인과관계는 심리학, 형사학, 사회병리학, 정신위생학 등 현대 과학의 많은 발전과 연구 성과에도 불구하고 아직까지 완전한 해명에는 이르지 못하고 있고,¹²⁷⁾ 정신장애범죄인의 재범 예측 요인에 대해서도 정신과적 진단이나 증상 등 정신병리적 요인과 범죄력·반사회적 특성 등 심리사회적·환경적 요인 중 어떠한 요인의 예측력이 높은지에 대해 각 요인의 중요성을 강조하는 주장이 양립하고 있다. 사실 정신장애범죄인의 재범이 정신병리 요인과 관련된 것인지, 일반범죄자와 마찬가지로 환경적 요인에 기인한 것인지, 혹은 두 가지 요인이 상호작용하는지에 대한 분명한 해답을 얻기 위해서는 정신장애범죄인을 대상으로 하는 경험적 연구들이 필요하다.¹²⁸⁾ 국내에서 치료감호소에 수용 중인 정신장애범죄인을 대상으로 실시한 재범위험성 예측 연구결과, 정신질환 요인과 더불어 범죄 관련 요인이 재범 예측에서 큰 비중을 차지하는 것으로 나타났다.¹²⁹⁾ 즉, 정신장애범죄인도 정신질환과 관련된

127) 강경래(2010), “정신장애범죄인에 대한 사회내처우의 확대방안에 관한 고찰 - 우리나라와 일본의 비교를 중심으로”, 인하대학교 법학연구 제13권 제1호, 172쪽.

128) 정지숙/신정/이장규(2012), “재범위험성 평가도구 타당도검증: 정신장애범죄인용”, 한국심리학회지:일반, Vol. 31. No. 3, 646쪽.

요인과 함께 일반 범죄자와 동일하게 범죄력, 반사회적 특성과 같은 범죄 관련 변인이 재범 예측에 중요하였다. 이러한 결과는 정신장애범죄인 처우에서 심리사회적·범죄 관련 요인들도 중요하게 고려되어야함을 지적하고 있으나, 여전히 정신장애의 조절과 치료가 처우의 시작이자 필수 요건임을 부정하지 못하고 있다.

세계 여러나라에서는 정신장애범죄인, 즉 심신장애의 상태에서 범죄 행위를 한 사람에 대한 사법적·행정적 조치와 함께 그들의 사회복귀를 위한 다각적인 방안을 마련하고자 검토를 실시하고 있다.¹²⁹⁾ 국내에서도 그러한 고민과 검토의 결과로서, 앞장에서 소개한 정신장애인 또는 정신장애범죄인에 대한 치료적 처우 제도들이 도입되었다. 그 중 정신장애범죄인에 대한 지역사회에서의 형사사법적 대응은 법무부 보호관찰소에서 담당하며, 치료적 처우의 대표적인 방법으로는 치료명령제도와 치료감호 가중료 보호관찰제도를 들 수 있다. 현재 보호관찰기관의 관리대상이 되는 정신장애범죄인에는 「치료감호 등에 관한 법률」에 따라 형의 선고유예 또는 집행유예와 함께 치료명령을 선고받는 경우, 치료감호 처분을 받은 사람이 가중료 또는 치료위탁¹³¹⁾을 통해 치료감호소에서 출소하는 경우, 치료감호 기간의 만료에 따라 출소하면서 치료감호심의위원회의 심사를 통해 보호관찰을 받도록 결정된 경우¹³²⁾ 등이 있다. 이와 더불어, 대검찰청 예규 제837호¹³³⁾에 따라, 정신적 장애 또는 정신질환이 있는 상태에서 강·폭력 범죄행위를 한 정신장애범죄인에게 처벌보다 치료가 재범방지에 필요하다고 인정되는 경우 보호관찰관의 선도 및 상담치료를 조건으로 기소유예 처분을 하고 있어, 해당 대상자 역시 보호관찰기관의 치료적 처우를 받고 있다.

129) 위의 논문, 660쪽.

130) 강경래(2010), “정신장애범죄인에 대한 사회내처우의 확대방안에 관한 고찰 - 우리나라와 일본의 비교를 중심으로”, 법학연구 제13권 제1호, 인하대학교 법학연구소, 172쪽.

131) 법무부 내부 자료에 따르면, 치료위탁 제도 시행 이후 치료감호시설 외에서 치료받도록 법정 대리인에 위탁된 시행 사례는 없다.

132) 치료감호기간 만료 후 출소자에 대한 보호관찰은 2018년 6월 13일부터 시행되었다. 2018년 10월 20일 현재 치료감호 기간만료로 출소한 보호관찰 대상자는 12명이나, 이번 장의 분석 대상에서는 제외하였다.

133) 대검찰청 예규 제873호 「정신건강 상담·치료 조건부 기소유예 처리지침」(2016년 11월 24일 제정, 2016년 11월 28일 시행). 정신적 장애인 또는 정신질환자가 금고 이상의 형에 해당하는 경미한 강·폭력범죄를 저지른 경우, 범행 전력, 범행의 동기, 행위자의 연령 및 성행, 범행 후 정황 등 형법 제51조의 사항을 고려하여 처벌보다는 치료가 재범방지에 도움이 된다고 판단되고, 범죄자 또는 범죄자의 친권자·후견인 등이 동의하는 경우 보호관찰관의 선도 및 상담·치료를 조건으로 기소유예 처분을 할 수 있다.

전체 정신장애인 중 범죄 행위에 이른 사람의 비율은 높지 않지만 이미 범죄 행위로 형사사법적 관리를 받게 된 사람에 대해서는 그 개인의 인권과 안전, 사회 보호를 위해 체계적인 관리와 지원이 필요하며, 특히 지역사회에서 생활하고 있는 정신장애 범죄인의 경우에는 더욱 그러하다. 그럼에도, 최근까지 심각한 정신장애로 중범죄를 일으킨 사람에 대한 수용 처우와 관련한 연구에 비해 지역사회에서의 형사사법적 치료 개입은 많은 관심을 받지 못하였고, 특히 치료명령은 제도 시행 이전의 연구가 있을 뿐, 실제 집행현황 등에 대한 연구는 이루어지지 않았다.

이에, 이번 장에서는 보호관찰소에서 관리·감독하는 지역사회 내의 정신장애범죄인, 즉 치료명령 처분자, 치료감호 가종료 보호관찰 처분자, 정신건강 상담·치료 조건부 기소유예 처분자 등을 대상으로 각 집단의 특성과 집행 실태를 실증적으로 확인함으로써 지역사회에서의 형사사법적 치료 처우의 현황을 파악하고, 치료명령 및 보호관찰 제도가 정신장애범죄인의 재범 예방에 효과적인 제도로 자리매김하기 위한 개선 방안을 모색하는데 기초 자료로 활용하고자 한다.

제2절 치료명령 대상자 현황 및 집행 실태

2016년 12월 2일부터 2018년 5월 31일까지 전국 보호관찰소에 판결문이 접수된 치료명령 처분자 530명(소재불명 등으로 집행 불가능한 경우는 제외)을 대상으로, 처분 현황을 살펴보고 치료명령 대상자의 특성 및 집행 실태를 확인하였다.

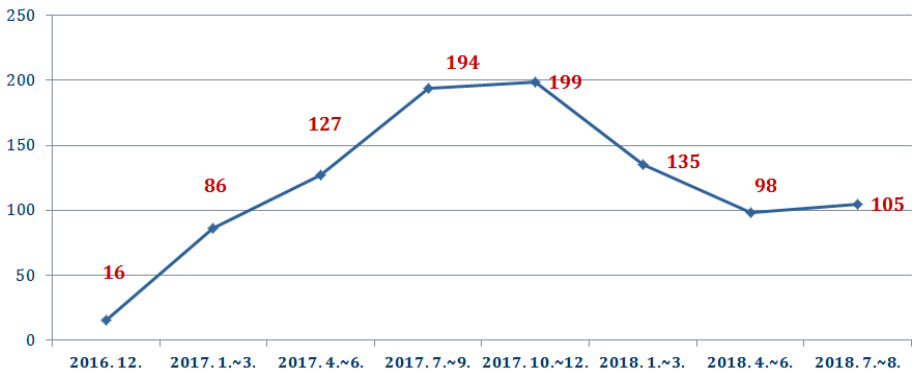
1. 치료명령 처분 현황

가. 치료명령 처분 및 실시 사건 현황

치료명령제도 시행 이후 2018년 5월 31일까지 형의 선고유예 또는 집행유예와 함께 치료명령과 보호관찰 처분이 부과된 대상자는 총 530명이고, 그 중 26명(4.9%)이 치료명령 및 보호관찰 기간 경과 등의 사유로 치료명령 집행이 종료되어 2018년 6월 1일 현재 집행 중인 치료명령 대상자 수는 504명이다(〈표 4-1〉 참조).

〈표 4-1〉 치료명령 처분 및 집행 사건 현황

구 분	빈도(명)	백분율(%)
치료명령 집행 중	504	95.1
치료명령 종료	26	4.9
합계	530	100.0



[그림 4-1] 기간별 치료명령 사건 접수 현황

나. 치료명령과 보호관찰의 병과 처분 유형

치료명령 대상자의 경우 보호관찰이 반드시 병과되며, 그 외에도 수강명령 또는 사회봉사명령이 병과될 수 있다. 실제 처분 유형을 살펴보면, 보호관찰과 치료명령이 부과된 사례가 437명(82.5%)이었고, 보호관찰과 치료명령 외에 수강명령 혹은 사회봉사명령이 부과된 사례가 각각 40명(7.5%), 43명(8.1%)이었으며, 수강명령과 사회봉사명령이 모두 병과된 사례도 10명(1.9%)이었다(〈표 4-2〉 참조).

그 중 범죄원인의 해결을 위한 교육 또는 심리치료를 실시하는 수강명령은 그 처분의 특성상 치료명령에서의 심리치료와 유사한데, 수강명령이 병과된 경우를 세부적으로 살펴보면 다음과 같다. 보호관찰·치료명령과 함께 수강명령이 부과된 40명 중 35명의 죄명은 강제추행, 공연음란 등 성범죄이었고, 나머지 5명은 폭행, 음주운전 등 이었다. 또한, 보호관찰·치료명령·사회봉사명령과 더불어 수강명령이 부과된 대상자 10명의 경우에도 3명은 공연음란, 강제추행 등 성범죄이고, 7명은 상해, 폭행, 음주운전 등 이었다. 즉 성범죄, 폭력 범죄, 음주운전 등에 대해서는 정신장애에 대한

정신과적 치료와 함께 ‘성폭력치료 수강명령 프로그램’, ‘준법운전 수강명령 프로그램’, ‘정신심리치료’ 등과 같이 해당 범죄에 특화된 치료·교육적 처분을 병과하는 것으로 보인다.

〈표 4-2〉 치료명령 대상자의 병과 처분 유형

구 분	빈도(명)	백분율(%)
보호관찰/치료명령	437	82.5
보호관찰/치료명령/수강명령	40	7.5
보호관찰/치료명령/사회봉사명령	43	8.1
보호관찰/치료명령/수강명령/사회봉사명령	10	1.9
합계	530	100.0

다. 보호관찰 및 치료명령 부과 기간

보호관찰 기간은 선고유예 대상자의 경우 1년, 집행유예 대상자의 경우 최대 5년까지 부과 가능한데, 현행 치료감호법 상 치료명령 기간은 보호관찰 기간을 초과할 수 없는 바, 치료명령 기간은 선고유예 대상자의 경우 최대 1년, 집행유예 대상자의 경우 최대 5년까지 부과할 수 있다.

실제 부과 현황을 살펴보면, 보호관찰 기간은 짧게는 1년부터 최장 5년까지 부과되었고 전체 대상자의 75.3%를 차지하는 399명이 2년을 부과 받았으며, 1년인 경우가 71명(13.4%), 3년인 경우가 48명(9.1%), 4년인 경우가 4명(0.7%), 5년인 경우가 5명(0.9%), 1년 6개월인 경우가 3명(0.6%)이었다(〈표 4-3〉 참조).

〈표 4-3〉 치료명령 대상자의 보호관찰 부과기간 분포

구분	1년	1년 6개월	2년	3년	4년	5년	합계
빈도(명)	71	3	399	48	4	5	530
백분율(%)	13.4	0.6	75.3	9.1	0.7	0.9	100.0

〈표 4-4〉와 같이 치료명령 기간은 6개월에서 5년까지 부과되고 있다. 전체 대상자의 72.1%를 차지하는 382명이 2년을 부과 받았으며, 1년이 80명(15.1%), 3년이 43명

(8.1%), 6개월이 13명(2.5%)이었고, 4년 또는 5년을 부과 받은 사람은 각 5명(0.9%)과 4명(0.7%) 이었다. 그중 가장 단기인 6개월을 부과 받은 대상자들은 다른 정신장애 진단없이 알코올 사용 문제만을 보였고, 본건의 죄명이 경범죄 처벌법 위반, 폭력, 운전자폭행, 업무방해, 음주운전 등 상대적으로 경미하였다. 반면, 5년을 부과받은 4명은 조현병을 진단받은 살인미수 범죄자 2명과 정신지체로 진단받은 성폭력 범죄자 2명 등이었다.

〈표 4-4〉 치료명령 대상자의 치료명령 부과기간 분포

구분	6개월	1년	1년6개월	2년	3년	4년	5년	합계
빈도(명)	13	80	3	382	43	5	4	530
백분율(%)	2.5	15.1	0.6	72.1	8.1	0.9	0.7	100.0

라. 치료명령 기간별 보호관찰 기간

치료명령 기간에 따른 보호관찰 기간의 부과 현황은 〈표 4-5〉와 같다. 전체 대상자 530명 중 502명(94.7%)은 치료명령 기간과 보호관찰 기간이 일치하였고, 28명(5.3%)은 일치하지 않았다. 세부 현황을 살펴보면, 치료명령 기간이 6개월인 대상자 13명은 모두 치료명령 기간과 보호관찰 기간이 상이하여 보호관찰 기간이 1년인 경우 4명, 2년인 경우 8명, 3년인 경우 1명이었다. 치료명령 기간이 1년인 대상자 총 80명 중 13명도 두 기간이 상이하여 보호관찰 기간이 2년인 경우 10명, 3년인 경우 3명 등이었다. 치료명령 기간이 2년인 대상자 총 382명 중 381명은 두 기간이 일치하였고, 1명은 보호관찰 기간이 3년이였다. 치료명령 기간이 3년인 대상자는 모두 보호관찰 기간이 3년이였으며, 치료명령 기간이 4년인 대상자 총 5명 중 4명은 두 기간이 일치하였고, 1명은 보호관찰 기간이 5년이였다. 치료명령 기간이 5년인 대상자는 모두 보호관찰 기간도 5년이였다.

〈표 4-5〉 치료명령 기간별 보호관찰 기간 현황

치료명령 기간 보호관찰 기간		6개월	1년	1년6개월	2년	3년	4년	5년
1년	빈도(명)	4	67	0	0	0	0	0
	백분율(%)	30.8	83.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1년 6개월	빈도(명)	0	0	3	0	0	0	0
	백분율(%)	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2년	빈도(명)	8	10	0	381	0	0	0
	백분율(%)	61.5	12.5	0.0	99.7	0.0	0.0	0.0
3년	빈도(명)	1	3	0	1	43	0	0
	백분율(%)	7.7	3.7	0.0	0.3	100.0	0.0	0.0
4년	빈도(명)	0	0	0	0	0	4	0
	백분율(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	80.0	0.0
5년	빈도(명)	0	0	0	0	0	1	4
	백분율(%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	100.0
합계	빈도(명)	13	80	3	382	43	5	4
	백분율(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

2. 치료명령 대상자 현황

가. 인구통계학적 특성

1) 성별

치료명령 대상자의 성별 분포를 살펴보면, 남성 대상자가 416명(78.5%), 여성 대상자가 114명(21.5%)이었다. 2012년부터 2016년까지의 ‘성인 보호관찰 접수 인원의 성별 현황¹³⁴⁾에서 남성 대상자가 약 91%, 여성 대상자가 약 9%를 차지하는 것에 비해 치료명령의 경우 상대적으로 여성 대상자의 비율이 높았다.

〈표 4-6〉 치료명령 대상자의 성별 분포

구 분	빈도(명)	백분율(%)
남성	416	78.5
여성	114	21.5
합계	530	100.0

134) 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 463쪽.

2) 연령 분포

치료명령 대상자의 평균 연령은 46.30세(표준편차 11.12세)이고, 최저 연령은 15세, 최고 연령은 76세 이었으며, 청소년과 성인으로 구분하면 18세 이하 청소년은 3명이고, 나머지는 19세 이상 성인이었다.

연령대 별 분포를 살펴보면, 40대가 179명(33.8%), 50대가 168명(31.7%)으로 40대와 50대의 중장년층이 전체 대상자의 65.5%를 차지하였다. 그 밖에 30대가 79명(14.9%), 60대가 47명(8.9%), 20대가 45명(8.5%)이었고, 10대와 70대 이상은 각 6명(1.1%)이었다(〈표 4-8〉 참조).

〈표 4-7〉 치료명령 대상자의 청소년/성인 여부

구 분	빈도(명)	백분율(%)
청소년	3	0.6
성인	527	99.4
합계	530	100.0

〈표 4-8〉 치료명령 대상자의 연령 분포

구 분	빈도(명)	백분율(%)
10대	6	1.1
20대	45	8.5
30대	79	14.9
40대	179	33.8
50대	168	31.7
60대	47	8.9
70대 이상	6	1.1
합계	530	100.0

3) 혼인 상태

치료명령 대상자의 혼인 상태를 살펴보면, 미혼인 경우가 245명(46.2%)으로 가장 많았고, 기혼인 경우가 100명(18.9%), 이혼한 경우가 129명(24.3%) 이었으며, 사실혼, 별거, 사별의 경우가 각각 13명(2.5%), 14명(2.6%), 16명(3.0%)이었다. 이를 배우자 유무에 따라 구분하면, 기혼·사실혼으로 배우자가 있는 경우가 21.4%, 미혼·이혼·

별거·사별 등으로 배우자가 없는 경우가 76.1% 이었다. 이는 최근 5년간 검거된 정신장애범죄인의 결혼관계 현황¹³⁵⁾에서 배우자가 있는 경우가 전체의 20.9%~23.8%로 나타난 것과 유사한 결과이다.

〈표 4-9〉 치료명령 대상자의 혼인 상태

구 분	빈도(명)	백분율(%)
미혼	245	46.2
기혼	100	18.9
사실혼	13	2.5
별거	14	2.6
이혼	129	24.3
사별	16	3.0
기타	2	0.4
미상(결측값)	11	2.1
합계	530	100.0

4) 학력 수준

치료명령 대상자의 학력 수준을 살펴보면, 고등학교 졸업과 전문대학 졸업 이상인 경우가 각각 208명(39.2%)과 133명(25.1%)으로, 두 집단이 전체 대상자의 64.3%를 차지하였다. 그 외에 초등학교 졸업 이하인 경우가 54명(10.2%), 중학교 졸업인 경우가 53명(10.0%), 중학교 중퇴인 경우가 28명(5.3%)이었고, 청소년 대상자 중 고등학교 재학 중인 경우도 1명(0.2%) 있었다.

〈표 4-10〉 치료명령 대상자의 학력 수준

구 분	빈도(명)	백분율(%)
초등학교 졸업 이하	54	10.2
중학교 중퇴	28	5.3
중학교 졸업	53	10.0
고등학교 재학	1	0.2
고등학교 중퇴	45	8.5
고등학교 졸업	208	39.2

135) 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 169쪽.

구 분	빈도(명)	백분율(%)
전문대학 졸업 이상	133	25.1
기타 미상	8	1.5
합계	530	100.0

5) 현재 직업 형태

치료명령 대상자의 현재 직업 형태를 살펴보면, 정규직 38명(7.2%), 자영업 18명(3.4%) 이었고, 무직 305명(57.6%), 일용직 112명(21.1%) 등으로 전체 대상자의 78.7%가 직업이 없거나 불안정한 고용 상태에 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-11〉 치료명령 대상자의 현재 직업 형태

구 분	빈도(명)	백분율(%)
정규직	38	7.2
일용직	112	21.1
자영업	18	3.4
전업주부	13	2.5
학생	5	0.9
무직	305	57.6
기타	34	6.4
미상	5	0.9
합계	530	100.0

6) 월소득 수준

치료명령 대상자의 평균 월소득은 52.9만 원(표준편차 116.4만원)이고, 월수입이 없는 경우가 358명(67.5%), 월수입이 있는 경우가 172명(32.5%)이었다. 월수입이 있는 경우 중, 50만원 이하 40명(7.6%), 50만원 초과~100만원 이하 39명(7.4%), 100만원 초과~200만원 이하 60명(11.3%), 200만원 초과~300만원 이하 18명(3.4%), 300만원을 초과하는 경우 15명(2.8%) 등이었다. 이처럼 월소득이 없거나 100만원 이하인 경우가 전체 대상자의 82.5%를 차지하여, 절대 다수가 경제적으로 열악한 상황이었다.

〈표 4-12〉 치료명령 대상자의 월소득 수준

구 분		빈도(명)	백분율(%)
월수입 없음		358	67.5
월수입 있음	소계	172	32.5
	50만원 이하	40	7.6
	100만원 이하	39	7.4
	150만원 이하	29	5.4
	200만원 이하	31	5.9
	250만원 이하	9	1.7
	300만원 이하	9	1.7
	300만원 초과	15	2.8
합계		530	100.0

7) 가계 월소득 수준

치료명령 대상자 가족의 소득까지 포함한 가계의 평균 월소득은 145.86만 원(표준편차 152.2만원)이며, 가계 월소득이 있는 경우가 380명(84.3%), 월소득이 없는 경우가 71명(15.7%) 이었다. 월소득이 있는 대상자의 세부 현황을 살펴보면, 50만원 이하 67명(14.9%), 50만원 초과~100만원 이하 99명(21.9%), 100만원 초과~150만원 이하 57명(12.7%), 150만원 초과~200만원 이하 67명(14.8%), 200만원 초과~250만원 이하 18명(4.0%), 250만원 초과~300만원 이하 38명(8.5%), 300만원 초과 34명(7.5%) 등으로 나타났다.

가족의 월소득을 포함할 경우 소득액이 증가하긴 하나, 가계 월수입이 없거나 200만원 이하인 경우가 전체의 80%로, 경제적 여건이 열악한 경우가 과반수를 넘는 것으로 추정할 수 있다. 이러한 결과는, 최근 5년간 검거된 정신장애범죄인의 생활환경별 현황¹³⁶⁾에서 생활 정도가 하류인 비율이 78%~80%인 것보다는 낮지만, 대체로 유사한 수준으로 볼 수 있다.

136) 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 169쪽.

〈표 4-13〉 치료명령 대상자의 가계 월소득 수준

구 분		빈도(명)	백분율(%)
월수입 없음		71	15.7
월수입 있음	소계	380	84.3
	50만원 이하	67	14.9
	100만원 이하	99	22.0
	150만원 이하	57	12.6
	200만원 이하	67	14.9
	250만원 이하	18	4.0
	300만원 이하	38	8.4
	300만원 초과	34	7.5
합계		451	100.0

8) 기초 수급권자 지정 여부

치료명령 대상자 중 191명(36.0%)이 기초 수급권자로 지정되어 있었고, 326명(61.5%)은 해당 사항이 없는바, 경제적 상황이 열악한 대상자 비율에 비해 기초 수급권자로 지정된 비율은 높지 않은 것으로 보인다.

〈표 4-14〉 치료명령 대상자의 기초 수급권자 지정 여부

구 분	빈도(명)	백분율(%)
기초 수급권자 아님	326	61.5
기초 수급권자	191	36.0
미상	13	2.5
합계	530	100.0

9) 주거 형태 및 상태

치료명령 대상자의 주거 형태는 다가구주택 165명(31.1%), 아파트 114명(21.5%), 단독주택 105명(19.8%)의 순으로 나타났고, 불안정한 주거 형태인 임시숙소 또는 주거부정인 경우가 각 21명(4.0%), 7명(1.3%) 등이었다(〈표 4-15〉 참조).

또한, 주거 상태가 파악된 대상자 353명 중 자가인 경우가 118명(22.3%)이었고, 월세 117명(22.1%), 전세 43명(8.1%) 등으로 나타났다(〈표 4-16〉 참조).

〈표 4-15〉 치료명령 대상자의 주거 형태

구 분		빈도(명)	백분율(%)
주거 형태	아파트	114	21.5
	임대아파트	62	11.7
	다가구주택(빌라)	165	31.1
	단독주택	105	19.8
	임시숙소	21	4.0
	주거부정	7	1.3
	기타	52	9.8
	미상	4	0.8
합계		530	100.0

〈표 4-16〉 치료명령 대상자의 주거 상태

구 분		빈도(명)	백분율(%)
주거 상태	자가	118	22.3
	전세	43	8.1
	월세	117	22.1
	무상	14	2.6
	기타	61	11.5
	미상(결측값)	177	33.4
합계		530	100.0

10) 동거인 유무 및 동거인 유형

치료명령 대상자 중 동거인이 없는 경우는 218명(41.2%), 동거인이 있는 경우는 311명(58.8%)이었다(〈표 4-17〉 참조). 동거인이 있는 경우 대상자와 동거인의 관계를 살펴보면, 가족인 경우가 282명(90.7%)으로 거의 대부분을 차지하였고, 그 외 친·인척, 친구 또는 지인 등으로 나타났다(〈표 4-18〉 참조).

〈표 4-17〉 치료명령 대상자의 동거인 유무

구 분	빈도(명)	백분율(%)
동거인 없음	218	41.2
동거인 있음	311	58.8
합계	529	100.0

〈표 4-18〉 치료명령 대상자의 동거인 유형

구 분	빈도(명)	백분율(%)
가족	282	90.7
친인척	2	0.6
친구 또는 지인	4	1.3
사실혼 관계	16	5.1
기타(시설거주)	4	1.3
미상	3	1.0
합계	311	100.0

나. 본건 범죄 유형 및 범죄 경력

1) 본건 범죄 유형

본건의 범죄 유형을 살펴보면 〈표 4-19〉와 같다. 폭력사범 194명(36.6%), 기타사범 142명(26.8%)으로, 두 사범이 전체 대상자의 약 63%를 차지하였다. 이어서 성폭력사범 49명(9.2%), 절도사범 40명(7.6%), 교통사범 27명(5.1%), 사기·횡령사범 18명(3.4%), 풍속사범 17명(3.2%) 등으로 나타났다.

이러한 결과를 「2017 범죄백서」의 보호관찰 대상자 죄명별 현황¹³⁷⁾과 비교하면 다음과 같다. 일반적인 보호관찰 대상자의 주요 죄명은 폭력사범(매년 20% 내외), 교통사범(매년 18%~20%), 절도사범(매년 7.5%~15%) 등이며, 강력사범은 매년 2% 내외이고 기타범죄는 11%~14%이며, 성폭력사범은 2014년 이후 10% 이상을 차지하고 있다. 반면 치료명령 대상자는 상대적으로 교통사범과 절도사범이 적고, 폭력사범과 기타사범의 비율이 높은데, 이때 기타사범에 공무집행방해, 업무방해, 재물손괴 등의 죄명이 포함되어 있음을 감안하면, 폭력사범과 기타사범이 사범유형 상 구분되어 있지만, 유사한 범죄 양태를 공유하는 측면이 있어 보인다.

〈표 4-19〉 치료명령 대상자의 본건 범죄 유형

구 분	강력	교통	마약	사기·횡령	성폭력	절도	폭력	풍속	기타	합계
빈도(명)	42	27	1	18	49	40	194	17	142	530
백분율(%)	7.9	5.1	0.2	3.4	9.2	7.6	36.6	3.2	26.8	100.0

137) 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 464쪽.

2) 범죄 전력

범죄 및 수사 경력자료 조회 결과를 토대로 범죄 전력¹³⁸⁾을 살펴본 결과, 평균 범죄 횟수는 8.55회(표준편차 7.93회) 이었고, 본건이 초범인 경우부터 본건 이전에 총 43회의 범죄전력이 있는 경우까지 있었다.

본건이 초범인 경우는 44명(8.3%)인 반면 재범 이상이 486명(91.7%)이었다. 본건이 재범 이상인 대상자 중 총 범죄 횟수가 2회인 경우 46명(8.7%), 3회 이상~5회 이하인 경우 118명(22.3%), 6회 이상~10회 이하인 경우 135명(25.5%), 11회 이상~15회 이하인 경우 85명(16.0%), 16회 이상~20회 이하인 경우 49명(9.2%) 등이었다(〈표 4-21〉 참조).

〈표 4-20〉 치료명령 대상자의 범죄 전력 유무

구 분	빈도(명)	백분율(%)
초범	44	8.3
재범 이상	486	91.7
합계	530	100.0

〈표 4-21〉 치료명령 대상자의 범죄 전력 (본건 포함)

구 분	1회	2회	3~5회	6~10회	11~15회	16~20회	21~25회	26~30회	31~35회	36~40회	41~44회	합계
빈도(명)	44	46	118	135	85	49	29	11	7	4	2	530
백분율(%)	8.3	8.7	22.3	25.5	16.0	9.2	5.4	2.1	1.3	0.8	0.4	100.0

3) 본건 이전 대인범죄 횟수

본건 발생 이전의 대인범죄 횟수를 살펴보면, 평균 4.03회(표준편차 4.92회)이었고, 0회에서 최대 36회까지 분포하였다. 본건 이전의 대인범죄 전력이 없는 대상자는 138명(26.1%)인 반면, 본건 이전의 대인범죄 전력자는 391명(73.9%)이었다. 구체적으로 1회 이상~5회 이하인 경우가 243명(45.9%)이었고, 6회 이상~10회 이하인 경우가 93명(17.6%), 11회 이상~15회 이하인 경우가 32명(6.0%), 16회 이상~20회 이하인 경우가 18명(3.4%) 등으로 나타났다.

138) 범죄전력에는 소년 및 성인기에 벌금형 이상의 유죄판결을 받은 경우, 소년부 송치, 가정보호 송치 처분을 비롯하여 기소유예처분까지 포함하였으며, 혐의 없음, 기소중지, 죄 없음, 공소권 없음과 수사 중이거나 재판 중인 사건은 제외하였다

〈표 4-22〉 치료명령 대상자의 본건 이전 대인범죄 횟수

구 분	0	1~5	6~10	11~15	16~20	21~25	26~30	31~35	36	합계
빈도(명)	138	243	93	32	18	4	0	0	1	529
백분율(%)	26.1	45.9	17.6	6.0	3.4	0.8	0	0	0.2	100.0

4) 보호관찰 경력

치료명령 대상자의 보호관찰 경력을 살펴보면, 본건이 최초 보호관찰 처분인 경우부터 최대 12회의 보호관찰 경력이 있었으며, 평균 보호관찰 경력은 1.76회(표준편차 1.28)이었다. 구체적으로, 본건이 최초 보호관찰 처분인 경우 302명(57.0%)이었고, 2회인 경우 133명(25.1%), 3회인 경우 60명(11.3%), 4회인 경우 20명(3.8%) 등으로, 2회 이상~4회 이하인 경우가 40.2%를 차지하였다.

〈표 4-23〉 치료명령 대상자의 보호관찰 경력

구 분	1회	2회	3회	4회	5회	6회	7회	8회	9회	10회	11회	12회	합계
빈도(명)	302	133	60	20	6	3	2	1	0	1	0	2	530
백분율(%)	57.0	25.1	11.3	3.8	1.1	0.6	0.4	0.2	0.0	0.2	0.0	0.4	100.0

5) 본건 피해자의 유형

본건의 범죄 유형을 대물범죄와 대인범죄로 구분하면, 대물 범죄인 경우가 64명(12.1%), 대인 범죄인 경우가 443명(83.6%), 미상인 경우가 23명(4.3%)이었다(〈표 4-24〉 참조). 그 중 대인 범죄인 경우의 피해자 유형으로는 낯선 사람이 327명(73.8%)으로 가장 많았고, 친족 이외에 아는 사람 66명(14.9%), 친족 31명(7.0%), 낯선 사람·친족·아는 사람 등이 중복된 경우가 19명(4.3%)이었다(〈표 4-25〉 참조). 이처럼, 대인 범죄의 약 74%에서 이해 관계가 없는 낯선 사람을 범행 대상으로 하고 있어, ‘묻지마 범죄’의 양상을 추정할 수 있다.

〈표 4-24〉 치료명령 대상자의 대물범죄·대인범죄 여부

구 분	빈도(명)	백분율(%)
대물범죄	64	12.1
대인범죄	443	83.6
미상	23	4.3
합계	530	100.0

〈표 4-25〉 치료명령 대상자의 본건(대인범죄 중) 피해자 유형

구 분	빈도(명)	백분율(%)
친족	31	7.0
친족 외 아는 사람	66	14.9
낯선 사람	327	73.8
중복	19	4.3
합계	443	100.0

다. 정신장애 관련 요인

1) 치료명령 처분의 원인 유형 구분

치료명령의 부과 대상은 정신장애범죄인 또는 알코올 사용 문제와 관련된 주취 범죄자로 나뉘는 데 따라,¹³⁹⁾ 치료명령 처분의 원인이 된 문제 유형은 ① 알코올 사용 장애를 제외한 정신장애(이하, 정신장애 문제), ② 알코올 사용 장애 또는 주취 상태에서 범죄(이하, 알코올 문제), ③ 정신장애와 알코올 사용 장애가 중복된 경우(이하, 중복 문제) 등으로 구분할 수 있다. 이에 따라, 치료명령 부과 대상자의 문제유형을 세분화하면, 정신장애 문제 대상자 256명(48.3%), 알코올 문제 대상자 190명(35.9%), 중복 문제 대상자 84명(15.8%) 등이었다.

「2017 범죄분석」에서 범행 시 정신 상태를 정신장애 또는 주취 상태로 구분했을 때¹⁴⁰⁾ 전체 범죄자 1,594,925명 중 정신장애범죄인이 7,805명(0.49%)이고 주취 상태 범죄자가 400,909명(25.14%)으로 주취 상태 범죄자가 정신장애범죄인보다 5배 이상 많았으나, 치료명령 대상자의 경우 정신장애 문제 대상자의 비율이 더 높은 것으로

139) 치료감호 등에 관한 법률 개정에 따라, 2018년 6월 13일부터 치료명령 부과 대상에 마약 사범이 추가되었으나, 본 연구 대상에는 개정이전의 부과대상만을 포함하였다.

140) 대검찰청(2018), 2017 범죄분석, 482쪽~483쪽.

나타났다. 그 원인으로는 처분 시 정신장애인에게 치료명령이 더 필요하다고 인식하는 경향 또는 주취 범죄자에게 치료명령을 적극적으로 부과하지 않는 경향을 추정해 볼 수 있다.

〈표 4-26〉 치료명령 대상자의 치료명령 원인 유형 구분

구 분	빈도(명)	백분율(%)
정신장애 문제	256	48.3
알코올 문제	190	35.9
중복 문제	84	15.8
합계	530	100.0

2) 정신장애 문제 대상자의 진단 유형 분류

치료명령 대상자 중 정신장애 문제 대상자 256명의 정신장애 유형을 「정신질환의 진단 및 통계편람 제5판(DSM-V, Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed.)」에 따라 구분하면, 조현병과 망상장애 등을 포함하는 조현병 스펙트럼 장애가 141명(55.1%)으로 절반 이상을 차지하였고, 양극성 정동장애 등을 포함하는 양극성 및 관련 장애가 45명(17.6%), 우울 장애가 20명(7.8%), 정신지체 및 발달 장애가 15명(5.8%), 기질성 정신장애가 12명(4.7%), 충동조절장애가 10명(3.9%), 변태 성욕이 7명(2.7%), 불안 및 강박장애가 1명(0.4%), 주의력결핍과잉행동장애(ADHD)가 1명(0.4%) 등이었다(〈표 4-27〉 참조).

일반적으로 대부분의 정신장애인은 타인에게 위협이 되는 문제 행동을 일으키지 않지만, 망상과 환각 등은 폭력과 같은 범죄의 원인이 될 수 있다는 지적이 있어왔던 것을 고려하면, 망상과 환각의 존재여부가 주요 진단기준이 되는 조현병 스펙트럼 장애 대상자의 비율이 가장 높은 것은 이해할 만하다.

〈표 4-27〉 정신장애 문제 대상자의 정신장애 진단 유형

구 분	빈도(명)	백분율(%)	비고
조현병 스펙트럼 장애	141	55.1	공존병리 있음
양극성 및 관련 장애	45	17.6	
우울장애	20	7.8	
정신지체, 발달장애	15	5.8	
치매 및 기질성 정신장애	12	4.7	
충동조절장애(폭행장애 포함)	10	3.9	
변태 성욕	7	2.7	
불안·강박장애(PTSD포함)	1	0.4	
ADHD	1	0.4	
진단명 미상	4	1.6	
합계	256	100.0	

때때로 정신장애인은 하나 이상의 정신장애를 진단받기도 하는데, 정신장애 문제 대상자 256명 중 2개 이상의 정신장애 진단을 받은 대상자는 21명 이었다. 조현병 스펙트럼 장애 대상자의 공존 병리로는 양극성 정동장애 3명, 우울장애 5명, 지적 장애 3명 등이었고, 양극성 및 관련 장애 대상자의 공존병리로는 기질성 정신장애 1명, 인격 장애 2명, 충동조절 장애 2명 등이었다. 우울장애의 경우, 인격장애, 충동조절장애, 불안·강박장애 등이 동반된 경우가 각 1명이었고, 정신지체의 경우 1명이 충동조절장애를 동반하였으며, 기질성 정신장애 대상자의 경우에도 충동조절장애를 동반한 경우가 1명이었다(〈표 4-28〉 참조).

〈표 4-28〉 정신장애 문제 대상자의 공존병리 유형

구 분			빈도(명)	백분율(%)
조현병 스펙트럼 장애 (141명)	공존병리	없음	130	92.2
		양극성 및 관련 장애	3	2.1
		우울장애	5	3.6
		지적장애	3	2.1
	소계		141	100.0
양극성 및 관련 장애 (45명)	공존병리	없음	40	88.9
		기질성 정신장애	1	2.3
		인격장애	2	4.4
		충동조절장애	2	4.4
	소계		45	100.0

구 분		빈도(명)	백분율(%)
우울장애 (20명)	공존병리	없음	85.0
		인격장애	5.0
		충동조절장애	5.0
		불안·강박장애	5.0
	소계		100.0
정신지체, 발달장애 (15명)	공존병리	없음	93.3
		충동조절장애	6.7
	소계		100.0
치매 및 기질성 정신장애 (12명)	공존병리	없음	91.7
		충동조절장애	8.3
	합계		100.0

3) 중복 문제 대상자 현황

정신장애와 알코올 사용 문제가 함께 있는 범죄자는 정신장애만 있는 경우보다 재범 위험성이 높다고 알려져 있는데, 정신장애 문제와 알코올 문제가 있는 중복 문제 대상자 84명의 정신장애 세부 현황을 살펴보면 <표 4-29>와 같다.

알코올 사용 장애에 대한 동반 장애로는 우울장애가 43명(51.2%)으로 가장 많았고, 이어서 양극성 및 관련 장애가 총 14명(16.7%), 조현병 스펙트럼 장애가 총 10명(11.9%), 충동조절장애 6명(7.1%), 기질성 정신장애 5명(5.9%), 정신지체 및 발달장애 3명(3.6%), 불안·강박장애 2명(2.4%) 등이었다.

〈표 4-29〉 중복 문제 대상자의 공존병리 현황

구 분		빈도(명)	백분율(%)
조현병 스펙트럼 장애	조현병	8	11.9
	조현병 & 우울장애	1	
	조현병 & 지적장애	1	
양극성 및 관련 장애	양극성 정동장애	12	16.7
	양극성정동장애 & 우울장애	1	
	양극성 정동장애 & 불안강박장애	1	
우울장애		43	51.2
정신지체, 발달장애		3	3.6
치매 및 기질성 정신장애		5	5.9

구 분	빈도(명)	백분율(%)
인격장애	1	1.2
충동조절장애(品行장애 포함)	6	7.1
변태성욕	0	0
불안·강박장애(PTSD 포함)	2	2.4
합계	84	100.0

라. 주요 요인별 보호관찰 및 치료명령 기간 현황

치료명령 처분 부과 여부 또는 치료명령과 보호관찰 기간을 결정하는 기준은 치료 필요성과 재범 위험성이라고 할 수 있고, 치료 필요성과 재범 위험성은 정신장애 유형, 정신장애 증상의 심각성, 범죄의 중대성, 보호자의 보호력 등에 근거하여 판단할 수 있다. 이에, 실제 치료명령 및 보호관찰 부과 시 이러한 요인이 적절하고도 충분하게 반영되고 있는지 확인하고자 본건 범죄 유형, 전과 경력, 정신장애 유형 등에 따른 치료명령과 보호관찰의 기간을 살펴보았다.

1) 본건 범죄 유형에 따른 보호관찰 및 치료명령 기간

본건 범죄 유형에 따라 보호관찰 및 치료명령 기간 현황을 살펴보았다. 우선, <표 4-30>과 같이 보호관찰 기간을 확인한 결과, 전체 대상자 중 보호관찰 기간이 2년인 경우가 가장 많았던 것과 일관되게 모든 사범에서 보호관찰 기간 2년인 경우가 가장 많아, 강력사범을 제외하고 각 사범의 65%~100%를 차지하였다. 강력사범은 다른 사범에 비해 장기간의 보호관찰을 부과하고 있어 3년 이상 부과자의 비율이 50%이었다. 상대적으로 단기간인 1년의 보호관찰기간이 부과된 사례를 살펴보면, 강력사범, 교통사범, 마약사범, 사기·횡령사범, 풍속사범의 경우는 6% 미만인 반면 기타사범, 절도사범, 폭력사범, 성폭력사범의 경우는 12%~19%로 나타났다.

〈표 4-30〉 본건 범죄 유형별 보호관찰 기간 현황

보호관찰 기간 본건 범죄 유형		1년	1년 6개월	2년	3년	4년	5년	합계
강력	빈도(명)	2	0	19	15	3	3	42
	백분율(%)	4.8	0.0	45.2	35.6	7.2	7.2	100.0
교통	빈도(명)	0	0	23	4	0	0	27
	백분율(%)	0.0	0.0	85.2	14.8	0.0	0.0	100.0
마약	빈도(명)	0	0	1	0	0	0	1
	백분율(%)	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
사기· 횡령	빈도(명)	1	0	17	0	0	0	18
	백분율(%)	5.5	0.0	94.5	0.0	0.0	0.0	100.0
성폭력	빈도(명)	6	0	32	9	0	2	49
	백분율(%)	12.2	0.0	65.3	18.4	0.0	4.1	100.0
절도	빈도(명)	7	0	31	2	0	0	40
	백분율(%)	17.5	0.0	77.5	5.0	0.0	0.0	100.0
폭력	빈도(명)	27	2	151	13	1	0	194
	백분율(%)	13.9	1.0	77.9	6.7	0.5	0.0	100.0
풍속	빈도(명)	1	0	15	1	0	0	17
	백분율(%)	5.9	0.0	88.2	5.9	0.0	0.0	100.0
기타	빈도(명)	27	1	110	4	0	0	142
	백분율(%)	19.0	0.7	77.5	2.8	0.0	0.0	100.0

〈표 4-31〉과 같이 본건 범죄 유형에 따른 치료명령 기간을 확인한 결과, 보호관찰 기간 현황과 유사하였다. 즉, 전체 대상자 중 치료명령 기간이 2년인 경우가 가장 많았던 것과 일관되게 모든 사범에서 치료명령 기간이 2년인 경우가 가장 많았으며, 강력범죄를 제외한 각 사범에서 63%~100%를 차지하였다.

보호관찰 처분 기간과 유사하게 치료명령 처분 기간 역시 강력사범이 다른 사범에 비해 장기 부과자가 많아 3년 이상 부과자의 비율이 50%에 이르는 것으로 나타났다.

〈표 4-31〉 본건 범죄 유형별 치료명령 기간 현황

치료명령 기간 본건 범죄 유형		6개월	1년	1년 6개월	2년	3년	4년	5년	합계
강력	빈도(명)	0	2	0	19	15	4	2	42
	백분율(%)	0.0	4.8	0.0	45.2	35.7	9.5	4.8	100.0
교통	빈도(명)	2	3	0	19	3	0	0	27
	백분율(%)	7.4	11.1	0.0	70.4	11.1	0.0	0.0	100.0
마약	빈도(명)	0	0	0	1	0	0	0	1
	백분율(%)	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
사기·횡령	빈도(명)	1	2	0	15	0	0	0	18
	백분율(%)	5.6	11.1	0.0	83.3	0.0	0.0	0.0	100.0
성폭력	빈도(명)	1	6	0	31	9	0	2	49
	백분율(%)	2.0	12.3	0.0	63.3	18.3	0.0	4.1	100.0
절도	빈도(명)	0	7	0	31	2	0	0	40
	백분율(%)	0.0	17.5	0.0	77.5	5.0	0.0	0.0	100.0
폭력	빈도(명)	5	29	2	144	13	1	0	194
	백분율(%)	2.6	15.0	1.0	74.2	6.7	0.5	0.0	100.0
풍속	빈도(명)	0	1	0	16	0	0	0	17
	백분율(%)	0.0	5.9	0.0	94.1	0.0	0.0	0.0	100.0
기타	빈도(명)	4	30	1	106	1	0	0	142
	백분율(%)	2.8	21.1	0.7	74.7	0.7	0.0	0.0	100.0

2) 범죄 전력에 따른 보호관찰 및 치료명령 처분 기간

범죄 전력에 따라 본건이 초범인 경우, 재범인 경우, 3범 이상인 경우 등으로 구분하여 보호관찰 기간 및 치료명령 기간의 부과 현황을 살펴보았다. 보호관찰 및 치료명령 부과 기간 모두, 2년이 부과된 경우가 가장 많았고, 그 외에 보호관찰 기간 및 치료명령 기간에서 범죄전력에 따른 차이는 두드러지지 않았다.

〈표 4-32〉 범죄 전력에 따른 보호관찰 기간 현황

보호관찰 기간 전과 유무		1년	1년 6개월	2년	3년	4년	5년	합계
초범	빈도(명)	6	1	28	5	1	3	44
	백분율(%)	13.6	2.3	63.6	11.4	2.3	6.8	100.0
재범	빈도(명)	9	0	31	6	0	0	46
	백분율(%)	19.6	0.0	67.4	13.0	0.0	0.0	100.0
3범 이상	빈도(명)	56	2	340	37	3	2	440
	백분율(%)	12.7	0.5	77.3	8.4	0.7	0.5	100.0

〈표 4-33〉 범죄 전력에 따른 치료명령 기간 현황

치료명령 기간 전과 유무		6개월	1년	1년 6개월	2년	3년	4년	5년	합계
초범	빈도(명)	0	6	1	28	5	1	3	44
	백분율(%)	0.0	13.6	2.3	63.6	11.4	2.3	6.8	100.0
재범	빈도(명)	0	9	0	31	6	0	0	46
	백분율(%)	0.0	19.6	0.0	67.4	13.0	0.0	0.0	100.0
3범 이상	빈도(명)	13	65	2	323	32	4	1	440
	백분율(%)	3.0	14.8	0.5	73.4	7.2	0.9	0.2	100.0

3) 치료명령 원인 유형에 따른 보호관찰 및 치료명령 기간

치료명령 원인 유형에 따른 보호관찰 기간 및 치료명령 기간의 부과 현황을 살펴보면, 보호관찰 및 치료명령 부과 기간 모두 2년이 부과된 경우가 가장 많았고, 치료명령 원인 유형에 따라 부과 기간에서 분명한 차이점이 두드러지지는 않았다. 다만 정신장애의 경우, 보다 장기간의 보호관찰 및 치료명령이 부과된 사례가 있었고, 알코올 문제 대상자의 경우 6개월과 같이 상대적으로 단기간의 치료명령 기간이 부과되기도 하였다.

〈표 4-34〉 치료명령 원인 유형에 따른 보호관찰 기간 현황

보호관찰 기간		1년	1년 6개월	2년	3년	4년	5년	합계
전과 유무								
정신장애 문제	빈도(명)	38	1	181	29	3	4	256
	백분율(%)	14.8	0.4	70.7	11.3	1.2	1.6	100.0
알코올 문제	빈도(명)	21	1	153	14	0	1	190
	백분율(%)	11.1	0.5	80.5	7.4	0.0	0.5	100.0
중복 문제	빈도(명)	12	1	65	5	1	0	84
	백분율(%)	14.3	1.2	77.4	5.9	1.2	0.0	100.0

〈표 4-35〉 치료명령 원인 유형에 따른 치료명령 기간 현황

치료명령 기간		6개월	1년	1년 6개월	2년	3년	4년	5년	합계
전과 유무									
정신장애 문제	빈도(명)	0	39	1	181	28	3	4	256
	백분율(%)	0.0	15.2	0.4	70.7	10.9	1.2	1.6	100.0
알코올 문제	빈도(명)	12	27	1	138	11	1	0	190
	백분율(%)	6.3	14.3	0.5	72.7	5.7	0.5	0.0	100.0
중복 문제	빈도(명)	1	14	1	63	4	1	0	84
	백분율(%)	1.2	16.6	1.2	75.0	4.8	1.2	0.0	100.0

3. 치료명령 집행 실태

가. 치료명령 집행

치료명령의 집행은, 정신건강의학과 전문의의 진단과 약물 투여, 상담 등 약물치료와 정신건강전문요원 등 전문가에 의한 인지행동치료 등 심리치료로 구성된다. 보호관찰관은 치료명령 대상자의 정신장애 유형 및 현재 상태 등을 고려하여 약물치료, 심리치료, 또는 약물치료와 심리치료를 병행하도록 한다. 특히, 심리치료는 치료의 동기를 높이고, 인지 왜곡이나 이상행동을 수정하며, 증상의 재발을 방지하고 사회적응 능력을 높이기 위한 내용을 비롯하여 재범 방지를 위해 필요한 사항으로 구성한다. 대상자의 증상 유형 및 정도 등에 따라 치료가 꾸준히 이루어지도록 최소한의 횟수 및 시간을 규정하고 있고, 치료전문가의 의견과 보호관찰 상황 등에 따라 치료 횟수와 간격을 조정하고 있다.

1) 치료 유형

정신장애 문제 대상자와 알코올 문제 대상자를 구분하여 집행 중인 치료 유형을 살펴보았다. 정신장애 문제 대상자 중 약물치료만 실시하는 경우는 239명(68.5%)이고, 약물치료와 심리치료를 병행하는 경우 90명(25.8%), 심리치료만 실시하는 경우 5명(1.4%). 치료명령 집행초기로 치료를 시작하지 못한 등의 이유로 비치료 상태인 경우가 10명(2.9%) 등이었다. 알코올 문제 대상자의 경우, 약물치료만 실시하는 경우 181명(65.4%), 약물치료와 심리치료를 병행하는 경우 71명(25.6%), 심리치료를 실시하는 경우 8명(2.9%), 치료가 개시되지 못한 상태는 10명(3.6%) 등이었다. 종합하면, 정신장애 문제 대상자와 알코올 문제 대상자 모두 약물치료 위주로 치료명령이 집행되고 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-36〉 치료명령 대상자의 치료 유형 현황

구 분	정신장애 문제		알코올 문제	
	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)
약물치료	239	68.5	181	65.4
심리치료	5	1.4	8	2.9
약물치료+심리치료	90	25.8	71	25.6
비치료	10	2.9	10	3.6
미상	5	1.4	7	2.5
합계	349	100.0	277	100.0

2) 치료기관 유형

치료기관 유형을 살펴보면, 정신장애 문제 및 알코올 문제 대상자는 병원 또는 의원에서 치료받는 경우가 각 354명(99.1%), 263명(97.8%) 등이었고, 1% 내외의 대상자는 정신건강복지센터, 중독관리센터 등에서 치료받고 있었다.

〈표 4-37〉 치료명령 대상자 유형별 치료기관 현황

구 분	정신장애		알코올	
	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)
병원	301	84.3	233	86.6
의원	53	14.8	30	11.2
정신건강복지센터	2	0.6	1	0.4
중독관리센터	0	0	4	1.4
기타	1	0.3	1	0.4
합계	357	100.0	269	100.0

3) 심리치료자 유형

약물치료는 정신건강의학과 전문의에 의해서만 가능하며, 심리치료는 다양한 정신 건강 전문가에 의해 집행되고 있다. 심리치료자 유형이 확인된 207명에 대해 치료자의 자격 요건 등을 확인한 결과, 정신건강의학과 전문의인 경우가 112명(54.1%), 임상심리사인 경우가 51명(24.6%), 사회복지사인 경우가 27명(13.1%), 간호사 6명(2.9%), 기타 11명(5.3%) 등으로 나타났다. 각 자격증의 전문성을 고려하여 적절한 심리치료자 선정이 필요한 상황으로 보인다.

〈표 4-38〉 치료명령 대상자의 심리치료자 유형

구분	전문의	임상심리사	사회복지사	간호사	기타	합계
심리치료자 유형	112	51	27	6	11	207
백분율(%)	54.1	24.6	13.1	2.9	5.3	100.0

4) 치료명령 대상자의 치료 순응도

치료명령 전담 보호관찰관이 치료명령 대상자의 치료에 대한 순응도를 평정한 결과는 〈표 4-39〉와 같다. 순응도는 약물치료와 심리치료를 구분하여 상·중·하의 세 단계로 평정하였는데, 약물치료의 경우 치료 순응도가 ‘상’인 경우는 266명(51.8%), ‘중’인 경우 183명(35.7%), ‘하’인 경우가 64명(12.5%)이었다. 심리치료의 경우, 치료순응도가 ‘상’인 경우는 107명(48.2%), ‘중’인 경우 65명(29.3%), ‘하’인 경우가 50명(22.5%)이었다. 대상자의 절반 가량은 약물치료 또는 심리치료에 대한 순응도가 ‘중’ 수준 이하로 이들의 치료적 순응도를 높이는 방안이 필요하다.

〈표 4-39〉 치료명령 대상자의 치료 순응도

구 분	약물치료		심리치료	
	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)
상	266	51.8	107	48.2
중	183	35.7	65	29.3
하	64	12.5	50	22.5
합계	513	100.0	222	100.0

5) 치료명령 집행의 확인

전담 보호관찰관은 치료명령 보호관찰 대상자의 처방약물 복용 여부를 대상자와의 면담, 대상자 가족 또는 관계인 등과의 접촉을 통해 수시로 구두 확인하는 동시에 대상자로부터 진료내역 확인서, 처방전 등의 증빙자료를 제출받으며, ‘처방된 약물 복용에 관한 보호관찰관의 검사 요구에 응할 것’이라는 특별준수사항이 부과된 경우에는 처방전과 함께 소변 시료를 채취하여 정밀검사를 실시하고 있다. 심리치료의 경우 치료자로부터 주요 상담 내역이 포함된 회기별 상담 결과를 받고 있으며, 이와 함께 전담 보호관찰관은 각 치료기관을 직접 방문하여 치료 진행 상황을 확인하고 있다.

6) 치료비용의 부담

치료명령 대상자의 치료비용 부담 현황을 살펴보면, 대상자가 자비 부담하는 경우가 329명(62.1%)으로 절반이상이고, 기초수급권자 등의 사유로 국가가 부담하는 경우가 159명(30.0%)이었으며, 그 외 보호관찰기관 등의 원호금 지원 등을 통해 해결하는 경우가 5.1%로 나타났다.

〈표 4-40〉 치료명령 대상자의 치료비용 부담

구 분	빈도(명)	백분율(%)
대상자 자비 부담	329	62.1
국가 부담	159	30.0
보호관찰기관등의 지원	19	3.6
기타	8	1.5
미상	15	2.8
합계	530	100.0

나. 지역사회 전문가와의 협력

보호관찰소에서는 효과적이고 효율적인 치료명령의 집행을 위한 자문 기구로서 전담 보호관찰관과 정신건강의학과 전문의, 정신보건전문요원, 중독재활 전문가, 변호사 등으로 구성된 ‘치료명령 집행협의체’를 구성, 각 보호관찰소 단위로 운영하고 있다. 이와 함께, 치료명령 대상자의 치료와 사회복귀, 사례관리에서 지역 정신건강복지센터¹⁴¹⁾ 및 중독관리통합지원센터와 협력하고 있다.

특히, 정신건강복지센터는 정신장애인에 대한 사례관리라는 전통적인 서비스에서 나아가, 지역사회 중심의 통합적인 정신질환자 관리체계를 구축하여 정신질환자의 조기발견, 상담, 치료, 재활 및 사회복귀를 도모하고 있어, 지역사회 내 정신장애범죄인의 관리에서도 적극적인 역할을 기대해 볼 만하다. 그러나 정신건강복지센터는 지역사회 내에서 운영하는 사업 종류가 많고, 급여 수준 등의 문제로 전문 인력의 확보가 어려워 인력이 부족하고, 고용 불안에 따른 이직이 잦아 인해 정신장애인에게 제공되어야 하는 서비스가 단절되기도 하며, 수도권 이외의 지역에서는 정신건강사업에 대한 지방자치단체의 인식이 낮아 센터 운영에 어려움이 있으며¹⁴²⁾ 정신건강의학과 전문의와 센터장이 상근하지 못하여 적극적인 치료에 참여하지 못하고 단순 자문 수준의 역할에 그치는 등의 현실적 문제를 겪고 있어 실질적인 역할이 제한되고 있다. 보호관찰소 역시 전담보호관찰관의 과중한 업무량 및 잦은 인사이동 등으로 원활한 협력에 어려움이 있다. 그럼에도 불구하고 보호관찰소와 정신건강복지센터의 협력은 중요하여 정신건강복지센터의 인력 충원 등의 현실적 여건을 개선하면서 보호관찰소를 중심으로 지역정신보건센터와 복지자원을 연계하는 시스템을 구축하는 것이 필요하다.

다. 치료명령의 종료

치료명령 대상자의 치료 기간이 지났거나, 치료명령을 조건으로 한 형의 선고유예가 실효되거나 집행유예가 취소된 경우, 치료 기간 중 금고 이상의 형의 집행을 받게

141) 정신건강복지센터는 기초와 광역 단위로 나뉘는데, 기초 지방자치단체가 설치·운영하는 기초 정신건강복지센터는 2017. 12. 현재, 전국에 217개가 운영되고 있고, 국내 정신건강정책의 가장 기초적이며 핵심적인 전달체계로서 역할을 하고 있다. 이와 함께 16개 광역지방자치단체에는 광역형 정신건강증진센터가 설치되어 있다.

142) 전준희(2016), “정신건강증진센터의 역할과 한계”, 복지이슈 Today vol. 41, 서울시복지재단, 6쪽.

된 경우, 치료명령 대상자가 사망한 경우 등에는 사건이 종료된다.

2016년 12월 2일부터 2018년 5월 31일까지 치료명령 제도가 도입된지 18개월이 경과하는 동안 치료명령 대상자의 종료 현황은 <표 4-41>과 같다. 종료된 대상자는 총 26명으로, 치료명령 기간이 경과되어 종료된 경우 10명(38.5%), 집행유예실효 또는 집행유예취소로 인해 종료된 경우 각 6명(23.1%), 대상자의 사망으로 인한 종료 3명(11.5%), 특별사면에 따른 종료 1명(3.8%) 등이었다.

<표 4-41> 치료명령 보호관찰의 종료 사유 현황

구 분	빈도(명)	백분율(%)
기간경과 종료	10	38.5
사망 종료	3	11.5
집행유예실효 종료	6	23.1
집행유예취소 종료	6	23.1
특별사면 종료	1	3.8
합계	26	100.0

4. 치료명령의 의의

가. 정신장애범죄인에 대한 사회 내 처우 확대

정신장애로 범죄를 저지른 사람은 책임주의의 적용을 받는 일반 범죄자와 달리 기존의 형벌로는 재사회화와 범죄 예방이 어렵다는 인식 하에 정신장애범죄인이 갖는 ‘특별한 위험성’에 대응할 수 있도록 형벌을 대체하거나 보완하는 제도가 필요하였고, 그에 따라 치료감호 제도를 도입하였다. 그러나 치료감호 처분을 받지 않거나 또는 받지 못하는, 상대적으로 경미 범죄를 저지른 정신장애인에 대해서는 범죄 예방을 위한 사회 내 치료 제도가 불비하였던 상황에서, 치료명령제도의 도입을 통해 지역사회에서의 치료적 개입이 가능해졌다. 그동안 일부 정신장애범죄인에게 ‘정신심리치료 수강명령’ 또는 보호관찰의 특별준수사항 형태로 ‘정신과적 치료를 받을 것’ 등을 부과하여 부분적으로 시도되었던 치료적 개입이 본격화되고, 치료적 처우의 절차와 내용이 체계화된 것에서 그 의의를 찾을 수 있다.

나. 치료명령의 효과

치료명령 제도가 도입된 이후부터 현재까지 시행 기간이 길지 않아 그 효과성을 평가하기 위한 자료가 충분히 축적되지 못한 실정이다. 향후 재범률을 비롯하여 재범자의 특성, 재범과 관련된 상황적 위험 요인 등에 대한 실증적 자료의 수집 및 평가를 통해 정신장애 및 주취 범죄자의 재범방지와 사회적응을 위한 효과적인 제도로 활용되도록 하여야 한다.

우리나라보다 앞서 정신장애범죄인, 알코올 또는 마약 사용자에 대한 치료적 처우 제도를 도입했던 미국과 영국의 경우, 약물법원(미국), 치료명령제도(영국) 등의 실질적인 효과가 입증됨으로써 범죄예방을 위한 효과적인 제도로 운용되고 있음¹⁴³⁾을 보면, 국내에서도 치료명령의 집행 내용 및 절차의 적절성을 검토하고 그 결과를 반영함으로써 효과적인 제도로 정착할 것으로 기대할 수 있다.

한편, 치료명령이 지역사회에서 이루어지는 ‘비자발적인 강제 치료’인 점으로 인해 대상자의 치료약물에 대한 순응도와 치료 효과에 대한 의문이 제기되기도 하는데, ‘지역사회 내에서의 강제적인 통원치료’라는 공통점을 갖는 외래치료명령에 대한 연구 결과를 살펴보면, 치료 자체가 가지는 긍정적인 측면을 확인할 수 있다. 뉴질랜드에서 외래치료명령을 받은 환자들을 대상으로 면담한 결과, 강제로 복용한 약의 부작용과 타인으로부터 통제받는 느낌, 거주지와 여행의 제약 등에 대한 불만도 있었으나, 상당수 환자들이 이 제도를 통한 치료의 유지로 삶의 질이 향상되고 입원 일수가 줄어들었으며 증상도 안정화된 것으로 나타났다.¹⁴⁴⁾ 또한 전문가와 지속적인 접촉이 보장되고, 재발 요인을 조기에 발견할 수 있는 기회를 가질 수 있으며, 약물에 대한 순응도가 증가하고 자·타해의 위험 요인이 감소하는 것으로 나타났다.¹⁴⁵⁾ 미국에서는 강제적인 외래치료를 받은

143) 김혜경(2016), “치료명령제도의 도입에 따른 법적 개선방안”, 형사정책 제28권 제2호, 한국형사정책연구원, 110쪽.

144) S. Romans, J. Dawson, R. Mullen & A. Gibbs, “How Mental Health Clinicians View Community Treatment Orders: A National New Zealand Survey”, 38 Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 836(2004), pp. 840-841(신은주(2010), “미국과 뉴질랜드에 있어서 정신질환자의 외래치료명령제도”, 한국의료법학회지 제18권 제2호, 한국의료법학회, 136쪽 재인용).

145) S. Romans, J. Dawson, R. Mullen & A. Gibbs, “How Mental Health Clinicians View Community Treatment Orders: A National New Zealand Survey”, 38 Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 836(2004), pp. 840-841(신은주(2010), “미국과 뉴질랜드에 있어서 정신질환자의 외래치료명령제도”, 136쪽 재인용).

집단과 자발적으로 집중치료를 받은 집단을 비교 연구한 결과, 대상자의 재입원율, 삶의 질이나 정신과적 징후 등에서 주목할 만한 차이를 발견하지 못하는 등, 강제적 치료의 효과가 자발적 치료와 유사한 것으로 나타났다.¹⁴⁶⁾

종합하면, 비자발적인 치료라고 하더라도 그 치료의 긍정적 효과는 주목할 만하며, 특히 정신장애의 특성상 병식이 부족하여 자발적인 치료의 시작을 기대하기 어렵다는 점을 고려하면, 치료명령제도를 통해 정신장애범죄인의 재범 예방 및 사회 적응 촉진의 효과가 기대된다.

제3절 치료감호 가종료 보호관찰 대상자 현황 및 집행 실태

2010년부터 2017년까지 치료감호심의위원회에서의 치료감호 가종료 결정 현황을 살펴본 후, 치료감호심의위원회의 치료감호 가종료 결정에 따라 2018년 5월 31일 현재 보호관찰 기간 중인 대상자 769명에 대해 특성을 분석하고 집행 실태를 확인하였다.

1. 치료감호 가종료 현황

가. 치료감호 가종료 결정 현황

1) 치료감호 출소 현황 및 출소 세부 현황

2010년부터 2017년까지 치료감호심의위원회의 결정에 따른 치료감호 출소 현황 및 출소 세부 현황은 <표 4-42>와 같다. 치료감호소 출소 사유는 종료, 가종료, 집행정지, 기간만료, 위탁해제, 기타(사망 등) 등으로 구분되는데, 2010년부터 2017년까지의 총 출소자 2,285명 중 가종료자가 2,211명(96.8%)으로 대부분 이었고, 그 외 집행정지 23명(1.0%), 기간만료 19명(0.8%), 종료 15명(0.66%), 기타 17명(0.74%) 등이며, 위탁해제는 없었다.

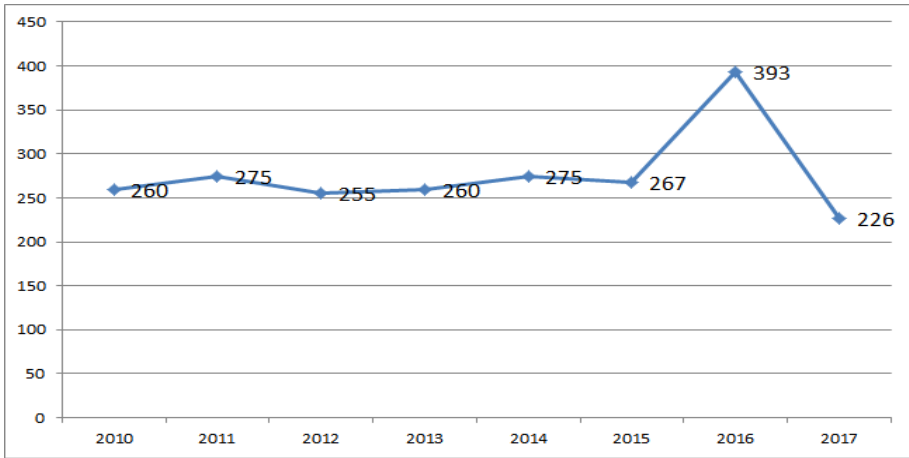
146) M. Susan Ridgely, R. Borum & J. Petrila, "The Effectiveness of Involuntary Outpatient Treatment: Empirical Evidence and the Experience of Eight States", RAND Institute for Civil Justice, p.15(신은주(2010), "미국과 뉴질랜드에 있어서 정신질환자의 외래치료명령제도", 137쪽 재인용).

연도별 치료감호소 출소 세부 현황을 살펴보면, 매년 260명 내외의 가중료 결정이 있었고 2016년의 경우 가중료자가 393명으로 최근 8년 중 최대치를 보였다. 종료 결정 사례는 2011년과 2012년에 없었고, 2014년 이후로 1명에서 4명까지 분포하였다. 기간만료는 2011년 10명, 2017년 6명이었을 뿐, 매년 극소수에 불과하였다. 이처럼, 1996년 12월 도입된 치료감호의 가중료 제도는 피치료감호자가 치료감호소에서 출소하여 지역사회로 복귀하는 가장 주요한 방법이 되고 있다.

〈표 4-42〉 연도별 치료감호소 출소자 및 출소 세부 현황

연도		총원	출소세부사항					
			종료	가중료	집행 정지	기타 (사망 등)	기간 만료	위탁 해제
2010	빈도(명)	269	3	260	3	2	1	0
	백분율(%)	100.0	1.1	96.7	1.1	0.7	0.4	0.0
2011	빈도(명)	288	0	275	3	0	10	0
	백분율(%)	100.0	0.0	95.5	1.0	0.0	3.5	0.0
2012	빈도(명)	261	0	255	5	1	0	0
	백분율(%)	100.0	0.0	97.7	1.9	0.4	0.0	0.0
2013	빈도(명)	271	2	260	6	2	1	0
	백분율(%)	100.0	0.7	96.0	2.2	0.7	0.4	0.0
2014	빈도(명)	281	1	275	3	2	0	0
	백분율(%)	100.0	0.4	97.8	1.1	0.7	0.0	0.0
2015	빈도(명)	277	4	267	2	4	0	0
	백분율(%)	100.0	1.44	96.4	0.72	1.44	0.0	0.0
2016	빈도(명)	400	2	393	1	3	1	0
	백분율(%)	100.0	0.5	98.3	0.25	0.7	0.25	0.0
2017	빈도(명)	238	3	226	0	3	6	0
	백분율(%)	100.0	1.25	95.0	0.0	1.25	2.5	0.0
합계	빈도(명)	2,285	15	2,211	23	17	19	0
	백분율(%)	100.0	0.66	96.8	1.0	0.74	0.8	0.0

※ 출처 : 법무부 내부자료 편집.



[그림 4-2] 연도별 치료감호 가종료 현황

※ 출처 : 법무부 내부자료.

2) 치료감호 가종료자의 치료감호 수용기간 현황

2010년부터 2017년까지 치료감호심의위원회에서 치료감호 가종료 결정을 받은 사람의 치료감호소 수용 기간 현황을 살펴보면, 2010년부터 2012년까지의 기간 동안 '1년 이상~2년 미만' 대상자가 전체 가종료 결정자의 40% 내외를 차지하였으나 이후 점차 그 비중이 감소하고 '3년 이상 경과자'의 비율이 꾸준히 증가하여 가종료 결정자 중 '3년 이상 경과자'가 2016년 46.5%, 2017년 61.0%로 나타났다. 치료감호 가종료자의 치료감호 원인 유형을 살펴보는 것이 필요하겠으나, 전반적으로 치료감호 가종료 결정 시까지의 치료감호 기간이 증가하는 양상이다.

〈표 4-43〉 연도별 치료감호 가종료자의 치료감호 수용기간 현황

기간 \ 연도		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1년 미만	빈도(명)	60	55	48	47	65	59	68	11
	백분율(%)	23.1	20.0	18.8	19.0	23.6	22.2	17.3	4.9
1년 이상~2년 미만	빈도(명)	108	126	107	94	94	72	80	51
	백분율(%)	41.5	45.8	42.0	38.1	34.2	27.1	20.4	22.6
2년 이상~3년 미만	빈도(명)	40	39	47	43	36	41	62	26
	백분율(%)	15.4	14.2	18.4	17.4	13.1	15.4	15.8	11.5

기간	연도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
3년 이상	빈도(명)	52	55	53	63	80	94	183	138
	백분율(%)	20.0	20.0	20.8	25.5	29.1	35.3	46.5	61.0
계	빈도(명)	260	275	255	247	275	266	393	226
	백분율(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

※ 출처 : 법무부 내부자료.

3) 치료감호 가종료자의 죄명 현황

2010년부터 2017년까지 치료감호심의위원회에서 치료감호 가종료 결정을 받은 사람의 죄명을 살펴보면 <표 4-44>와 같다.

가종료자의 죄명 중 상해, 폭력행위 등 폭력 관련 범죄, 강도, 절도, 방화·실화 등의 경우, 2015년에 성폭력이 전년대비 16.3%가 증가하였고 2011년에 절도가 13.8%로 최대치를 기록한 것을 제외하고는 연도에 따라 증감은 있으나 최근 8년간 대략 비슷한 비율을 나타내고 있는 반면, 2015년 이후 기타 범죄의 비율은 감소하고, 살인 범죄의 비율은 다소 증가하였으며, 특히 2017년에는 강간 범죄의 증가 폭이 상대적으로 컸다. 이러한 결과가 2017년의 일시적 현상인지 꾸준히 유지되는 추세인지에 대해서는 향후 추이를 살펴보는 것이 필요하다.

<표 4-44> 연도별 치료감호 가종료자의 죄명 현황

죄명	연도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
살인	빈도(명)	19	23	33	33	42	27	77	48
	백분율(%)	7.3	8.4	12.9	13.4	15.3	10.2	19.6	21.2
상해(폭행)치사	빈도(명)	7	3	2	3	5	6	10	2
	백분율(%)	2.7	1.1	0.8	1.2	1.8	2.2	2.5	0.9
폭력행위등	빈도(명)	28	28	39	48	39	81	78	26
	백분율(%)	10.8	10.2	15.3	19.5	14.2	30.5	19.9	11.5
강간	빈도(명)	5	3	7	9	31	16	50	56
	백분율(%)	1.9	1.1	2.8	3.6	11.3	6.0	12.7	24.8
강도	빈도(명)	16	12	21	9	6	13	17	12
	백분율(%)	6.1	4.4	8.2	3.6	2.2	4.9	4.3	5.3
절도	빈도(명)	27	38	26	23	24	13	26	16
	백분율(%)	10.4	13.8	10.2	9.3	8.7	4.9	6.6	7.1

연도		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
범죄명	빈도(명)	19	15	18	17	10	10	32	11
	백분율(%)	7.3	5.4	7.1	6.9	3.6	3.7	8.2	4.9
기타	빈도(명)	139	153	109	105	118	100	103	55
	백분율(%)	53.5	55.6	42.7	42.5	42.9	37.6	26.2	24.3
계	빈도(명)	260	275	255	247	275	266	393	226
	백분율(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

※ 출처 : 법무부 내부자료.

4) 치료감호 가종료자의 전과 횟수 현황

2010년부터 2017년까지 치료감호심의위원회에서 치료감호 가종료 결정을 받은 사람의 전과 횟수를 살펴보면 <표 4-45>와 같다.

2010년부터 2015년까지 초범인 경우가 40% 내외를 차지하다가 2016년부터 50% 이상으로 나타나는 등 초범자 비율이 증가하고 있으며, 5범 이상인 경우는 2010년부터 2015년까지 매년 30%를 상회하다가 2016년과 2017년 각각 25.5%와 21.7%로 다소 감소하였다. 2007년부터 2016년까지 피치료감호자의 전과 현황에서 초범인 경우가 매년 60% 이상을 차지하고 있고 전체 전과횟수 분포에 큰 변화가 없음¹⁴⁷⁾에도 가종료자 중 초범자 비율이 증가하고 있어 향후 변화 추이를 살펴보는 것이 필요하다.

〈표 4-45〉 치료감호 가종료자의 전과 횟수 현황

연도		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전과	빈도(명)	122	120	90	102	114	119	209	124
	백분율(%)	46.9	43.6	35.3	41.3	41.4	44.7	53.2	54.9
2범	빈도(명)	30	33	28	29	37	33	43	25
	백분율(%)	11.5	12.0	11.0	11.7	13.4	12.4	10.9	11.1
3범	빈도(명)	10	14	14	16	15	17	31	13
	백분율(%)	3.9	5.1	5.5	6.5	5.5	6.4	7.9	5.7
4범	빈도(명)	14	16	16	14	14	9	10	15
	백분율(%)	5.4	5.8	6.3	5.7	5.1	3.4	2.5	6.6

147) 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 435쪽 표 <III-37>.

연도		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전과	빈도(명)	84	92	107	86	95	88	100	49
	백분율(%)	32.3	33.5	41.9	34.8	34.6	33.1	25.5	21.7
계	빈도(명)	260	275	255	247	275	266	393	226
	백분율(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

※ 출처 : 법무부 내부자료.

5) 치료감호 가종료자의 정신과적 진단명 현황

2010년부터 2017년까지 치료감호심의위원회에서 치료감호 가종료 결정을 받은 사람의 정신과적 진단명을 살펴보면, 2017년의 경우 조현병이 80명(35.4%), 기타 73명(32.3%), 약물중독 37명(16.4%) 등으로, 상기 3가지 진단명이 전체 가종료자의 84.1%를 차지하였고, 2016년의 경우에도 84%를 차지하였다(〈표 4-46〉 참조).

한편, 이를 2007년부터 2016년까지의 피치료감호자의 진단명 현황¹⁴⁸⁾과 비교하면, 피치료감호자의 경우 매년 조현병이 40% 이상을 차지하는 것은 가종료자의 비율과 유사하다고 할 수 있으나, 피치료감호자의 경우, 조현병 다음으로 정신지체, 조울증 등이 높은 비율을 나타나고 있어 가종료자의 진단명 현황과는 상이하였다.

〈표 4-46〉 치료감호 가종료자의 정신과적 진단명 현황

연도		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
병명	빈도(명)	42	52	66	71	65	83	139	80
	백분율(%)	16.1	18.9	25.9	28.8	23.6	31.2	35.4	35.4
정신지체	빈도(명)	44	25	17	17	11	16	27	19
	백분율(%)	16.9	9.1	6.7	6.9	4.0	6.0	6.9	8.4
조울증	빈도(명)	16	29	13	14	11	15	24	14
	백분율(%)	6.2	10.5	5.1	5.7	4.0	5.6	6.1	6.2
성격(인격) 장애	빈도(명)	27	22	8	8	8	9	8	1
	백분율(%)	10.4	8.0	3.1	3.2	2.9	3.4	2.0	0.4
간질	빈도(명)	11	3	3	4	7	7	4	2
	백분율(%)	4.2	1.1	1.2	1.6	2.6	2.6	1.0	0.9

148) 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 437쪽.

병명		연도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
약물중독	빈도(명)		81	82	76	107	143	105	138	37
	백분율(%)		31.2	29.8	29.8	43.3	52.0	39.5	35.1	16.4
기타	빈도(명)		39	62	72	26	30	31	53	73
	백분율(%)		15.0	22.6	28.2	10.5	10.9	11.7	13.5	32.3
계	빈도(명)		260	275	255	247	275	266	393	226
	백분율(%)		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

※ 출처 : 법무부 내부자료.

6) 치료감호 가중료 보호관찰 대상자 접수 및 실시 현황

2010년부터 2017년까지 치료감호심의위원회에서 치료감호 가중료 결정을 받아 보호관찰소에 신규 접수된 인원(신수)은 치료감호 가중료 결정 인원과 거의 동일하며, 해당 연도에 보호관찰이 실시된 ‘치료감호 가중료 보호관찰 실시사건’은 2010년부터 2015년까지 매년 1,100명을 넘지 않다가 2016년 1,223명, 2017년 1,208명 등으로, 최근 2년간 다소 증가하였다.

〈표 4-47〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자 접수 및 실시 현황

(단위: 명)

구분		연도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
접수	총수		467	490	460	449	470	441	603	434
	신수		269	278	251	253	274	263	392	254
실시			1,082	1,092	1,094	1,048	1,059	1,035	1,223	1,208

※ 출처 : 법무부 내부자료.

나. 치료감호 가중료 보호관찰 대상자 접수 및 실시 현황(2017년)

1) 치료감호 유형별 가중료 보호관찰 접수 및 실시 현황(2017년)

2017년 한 해 동안 치료감호 가중료 결정으로 보호관찰소에 접수된 대상자를 치료감호의 원인 유형에 따라 구분(신수 기준)하면, 치료감호 1호 대상자(이하, 1호 대상자)¹⁴⁹⁾가 153명(60.2%)으로 과반수 이상 이었고, 치료감호 2호 대상자(이하, 2호 대상

149) 「치료감호 등에 관한 법률」 제2조 제1항 제1호(「형법」 제10조 제1항에 따라 별할 수 없거나 같은 조 제2항에 따라 형이 감경되는 심신장애인으로서 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자).

자)¹⁵⁰⁾ 27명(10.6%), 치료감호 3호 대상자(이하, 3호 대상자)¹⁵¹⁾ 11명(4.4%) 등 이었으며, 원인 유형을 확인하지 못한 경우가 63명(24.8%)이었다.

실시 사건의 경우, 1호 대상자가 728명(60.2%)으로 접수 사건과 동일하게 과반수 이상 이었고, 2호 대상자가 254명(21.0%), 3호 대상자가 31명(2.6%) 등이었으며, 원인 유형을 확인하지 못한 경우가 195명(16.2%) 이었다.

〈표 4-48〉 치료감호 유형별 보호관찰소 접수 및 실시 사건 현황 (2017년)

(단위: 명)

구 분		1호 대상자	2호 대상자	3호 대상자	미상	계
접수	총원	251(57.8%)	92(21.2%)	15(3.5%)	76(17.5%)	434(100.0%)
	신수	153(60.2%)	27(10.6%)	11(4.4%)	63(24.8%)	254(100.0%)
실시		728(60.2%)	254(21.0%)	31(2.6%)	195(16.2%)	1,208(100.0%)

※ 출처 : 법무부 내부자료.

2) 치료감호 가종료 보호관찰의 유형별 세부 접수 현황(2017년)

2017년 한 해 동안 치료감호 가종료 결정으로 보호관찰소에 접수된 대상자에 대해 치료감호 대상 유형에 따른 보호관찰 부과 유형별 접수 현황은 〈표 4-49〉와 같다.

1호 대상자 중 보호관찰만 부과된 경우는 146명, 보호관찰과 위치추적 전자장치 부착이 부과된 경우는 105명이었다. 2호 대상자 중 보호관찰만 부과된 경우가 86명, 보호관찰과 위치추적 전자장치 부착이 부과된 경우가 6명이었다. 3호 대상자 중 보호관찰만 부과된 경우가 8명, 보호관찰과 위치추적 전자장치 부착이 부과된 경우가 3명, 보호관찰과 성충동약물치료가 부과된 경우 3명, 보호관찰과 위치추적 전자장치 부착에 더하여 성충동 약물치료까지 부과된 경우가 1명 등이었다.

150) 「치료감호 등에 관한 법률」 제2조 제1항 제2호(마약·향정신성의약품대마, 그밖에 남용되거나 해독을 끼칠 우려가 있는 물질이나 알코올을 식음·섭취·흡입·흡연 또는 주입받는 습벽이 있거나 그에 중독된 자로서 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자).

151) 「치료감호 등에 관한 법률」 제2조 제1항 제3호(소아성기호증, 성적가학증 등 성벽 성벽이 있는 정신성적 장애인으로서 금고이상의 형에 해당하는 성폭력범죄를 지은 자).

〈표 4-49〉 보호관찰 유형별 세부 접수 현황 (2017년)

(단위: 명)

구 분		1호 대상자	2호 대상자	3호 대상자	미상	계
보호관찰	총원	146	86	8	62	302
	신수	77	25	4	51	157
보호관찰/ 전자감독	총원	105	6	3	14	128
	신수	76	2	3	12	93
보호관찰/ 성충동 약물치료	총원	-	-	3	-	3
	신수	-	-	3	-	3
보호관찰/전자감독/ 성충동 약물치료	총원	-	-	1	-	1
	신수	-	-	1	-	1
계	총원	251	92	15	76	434
	신수	153	27	11	63	254

※ 출처 : 법무부 내부자료.

2. 치료감호 가종료 보호관찰 대상자 현황

치료감호심의위원회의 치료감호 가종료 결정에 따라 2018년 5월 31일 현재 보호관찰 중인 대상자 769명에 대해 인구통계학적 특성, 본건 범죄유형 및 범죄전력, 정신장애 관련 특성 등을 살펴보았다.

가. 인구통계학적 특성

1) 성별 분포

치료감호 가종료 보호관찰 대상자의 성별은, 남성이 701명(91.2%), 여성이 68명(8.8%)으로, 남성이 90% 이상을 차지하였다. 이는 2012년부터 2016년까지의 ‘성인보호관찰 접수 인원의 선별현황에서 남성이 약 91%, 여성이 약 9%로 나타난 것’과 유사하며, 치료명령 대상자에 비해 남성의 비율이 높은 결과이다.

〈표 4-50〉 치료감호 가종료 보호관찰 대상자의 성별 분포

구 분	빈도(명)	백분율(%)
남성	701	91.2
여성	68	8.8
합계	769	100.0

2) 연령 분포

치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 평균 연령은 45.14세(표준편차 10.9세)이고, 최저 연령은 20세, 최고 연령은 82세였다. 연령대 별 분포를 살펴보면, 40대가 256명(33.3%), 50대가 199명(25.8%)으로 40대와 50대의 중장년층이 전체의 59.1%를 차지하였고, 30대 185명(24.1%), 20대 64명(8.3%), 60대 이상 65명(8.5%) 등으로 나타났다.

〈표 4-51〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 연령 분포

구 분	빈도(명)	백분율(%)
20대	64	8.3
30대	185	24.1
40대	256	33.3
50대	199	25.8
60대 이상	65	8.5
합계	769	100.0

3) 혼인 상태

치료감호 가중료 보호관찰 대상자 중 혼인 상태가 확인된 694명에 대해 혼인 상태를 살펴보면, 기혼 75명(10.9%), 동거 5명(0.7%) 등 법률혼 또는 사실혼 상태의 배우자가 있는 경우가 12%에 이르지 못하였고, 미혼 459명(66.1%), 이혼 115명(16.6%), 사별 13명(1.9%), 별거 10명(1.4%) 등 사실상 배우자가 부재한 경우가 86%에 이르렀다. 이러한 결과를 볼 때, 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 대부분이 배우자로부터의 정서적 지지 또는 경제적 지원을 기대하기 어려운 상황이라고 할 수 있다.

〈표 4-52〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 혼인 상태

구 분	빈도(명)	백분율(%)
미혼	459	66.1
기혼	75	10.9
동거	5	0.7
별거	10	1.4
이혼	115	16.6
사별	13	1.9
기타	17	2.4
합계	694	100.0

4) 학력 수준

치료감호 가중료 보호관찰 대상자 중 학력 수준이 확인된 714명을 대상으로 살펴보면, 초등학교 졸업 이하인 경우가 112명(15.7%), 중학교 중퇴 또는 졸업인 경우가 각 45명(6.3%)과 88명(12.3%)이었고, 고등학교 졸업과 전문대학 졸업 이상인 경우가 각 286명(40.1%)과 103명(14.4%)으로 고등학교 졸업 이상인 경우가 전체의 54.5%를 차지하였다. 이는 2016년도 피치료감호자 학력 현황¹⁵²⁾과 대체로 유사한 분포를 보이고 있다(고졸 43.2%, 미취학 및 초졸 16.6%, 중졸 19.1%, 대졸 21.1%).

〈표 4-53〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 학력 수준

구 분	빈도(명)	백분율(%)
초등학교졸업 이하	112	15.7
중학교중퇴	45	6.3
중학교졸업	88	12.3
고등학교중퇴	80	11.2
고등학교졸업	286	40.1
전문대학 졸업 이상	103	14.4
합계	714	100.0

5) 현재 직업 유형

치료감호 가중료 보호관찰 대상자 중 현재 직업 유형이 확인된 714명의 현재 직업 유형을 살펴보면, 무직이 609명(85.3%)으로 대다수를 차지하였으며, 직업이 있는 경우에도 일용직이 32명(4.5%)으로 가장 많았고, 정규직 14명(2.0%), 자영업 6명(0.8%) 등으로, 전체 대상자의 약 90%가 직업이 없거나 불안정한 고용 상태에 있는 것으로 나타났다.

152) 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 436쪽.

〈표 4-54〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 현재 직업 유형

구 분	빈도(명)	백분율(%)
정규직	14	2.0
자영업	6	0.8
전업주부	4	0.6
일용직	32	4.5
무직	609	85.3
기타	49	6.8
합계	714	100.0

6) 기초 수급권자 지정 여부¹⁵³⁾

기초 수급권자 지정 여부가 확인된 대상자 99명 중 기초 수급권자는 39명(39.4%)이었고, 기타 복지 수당 지원자는 2명(2.0%)이었으며, 기초수급권자가 아닌 경우는 58명(58.6%)이었다. 기초 수급권자 지정 여부가 확인되지 않은 대상자 수가 많아 정확한 확인은 곤란하지만, 현재 직업 상태와 비교할 때 기초 수급권자 지정 비율이 높지 않은 것으로 추정된다.

〈표 4-55〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 기초 수급권자 지정 여부

구 분	빈도(명)	백분율(%)
기초 수급권자 아님	58	58.6
기초 수급권자	39	39.4
기타 복지수당	2	2.0
합계	99	100.0

나. 본건 범죄 유형 및 범죄 경력

1) 본건 범죄 유형

치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 본건 범죄 유형을 살펴보면, 강력사범인 경우가 246명(32.0%)으로 가장 많았고, 폭력사범 166명(21.6%), 성폭력사범 138명(17.8%),

153) 법무부로부터 접수한 치료감호 가중료 대상자 관련 자료 중 월수입 항목은 결측치가 많아 분석하지 못하였다.

마약사범 109명(14.2%), 절도사범과 기타사범이 각 45명(5.9%) 등이며, 사기·횡령사범, 교통사범, 풍속사범, 경제사범 등은 5명 미만으로 나타났다. 이는 2007년부터 2016년까지의 피치료감호자의 감호 원인을 죄명별로 분류한 결과¹⁵⁴⁾에서 살인 범죄가 가장 많고(2016년 31.4%), 그 외 성폭력, 폭력, 기타 범죄의 순으로 나타난 것과 거의 유사하다고 할 수 있다.

〈표 4-56〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 본건 범죄 유형

구 분	강력	교통	마약	사기· 횡령	성폭력	절도	폭력	풍속	경제	기타	합계
빈도(명)	246	3	109	13	138	45	166	2	2	45	769
백분율(%)	32.0	0.4	14.2	1.7	17.8	5.8	21.6	0.3	0.3	5.9	100.0

2) 강력사범과 성폭력사범의 세부 처분 현황

치료감호 가중료 결정 시 일반적으로 보호관찰 처분만 부과되지만, 성범죄·살인·미성년자 유괴·강도 범죄인 경우 보호관찰과 위치추적 전자장치를 부착하는 전자감독이 부과될 수 있고, 성범죄인 경우 보호관찰, 전자감독과 함께 성충동 약물치료 처분도 부과될 수 있다. 이에 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 본건 범죄 유형이 강력사범 또는 성폭력사범인 경우의 세부 처분 내용을 살펴보면 〈표 4-57〉과 같다.

강력사범인 경우, 보호관찰만 부과된 대상자가 100명(40.6%)이고 보호관찰과 전자감독이 함께 부과된 대상자가 146명(59.4%)으로, 보호관찰과 전자감독이 함께 부과된 경우가 절반 이상이었다.

성폭력사범의 경우, 보호관찰만 부과된 대상자는 43명(31.2%)이었고, 보호관찰과 전자감독이 함께 부과된 대상자는 81명(58.7%), 보호관찰과 성충동 약물치료가 부과된 대상자가 8명(5.8%), 보호관찰과 전자감독에 더하여 성충동 약물치료가 부과된 대상자는 6명(4.3%)으로, 성폭력사범 중 70%가 보호관찰 이외에 전자감독 또는 성충동 약물치료 처분이 부과된 것으로 나타났다. 이처럼, 해당 범죄로 인한 사회적 피해가 심각할 경우, 지역사회의 보호를 위해 다양한 처분을 적극적으로 부과하고 있었다.

154) 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 434쪽.

〈표 4-57〉 치료감호 가종료 보호관찰 대상자의 세부 처분 현황

처분내용 사범		보호관찰	보호관찰/ 전자감독	보호관찰/전자 감독/약물치료	보호관찰/ 약물치료	합 계
강력 사범	빈도(명)	100	146	0	0	246
	백분율(%)	40.6	59.4	0	0	100.0
성폭력사범	빈도(명)	43	81	6	8	138
	백분율(%)	31.2	58.7	4.3	5.8	100.0

3) 입건 경력

입건 경력은 범죄 및 수사 경력자료 조회 결과를 기초로 산출하였는데, 치료감호 가종료 보호관찰 대상자의 입건 경력을 살펴보면 〈표 4-58〉과 같다.

입건 횟수의 평균은 7.43회(표준편차 9.1)이고, 입건 횟수는 최소 1회에서 최대 62회의 범위에 분포하였다. 본 건이 최초 입건인 경우가 143명(18.6%)이고, 본건 이전에 입건 전력이 있었던 경우는 626명(81.4%)이었다. 본건 이전에 입건 전력이 있는 대상자 중 입건 경력이 총 2회인 경우가 91명(11.8%), 3회인 경우가 68명(8.8%), 4회인 경우가 75명(9.8%), 5회인 경우가 51명(6.6%)이었으며, 14회 이상 입건 전력자가 170명(22.1%)으로 가장 많았다.

〈표 4-58〉 치료감호 가종료 보호관찰 대상자의 입건 경력

구 분	1회	2회	3회	4회	5회	6회	7회	8회	9회	10회	11회	12회	13회	14회 이상	합계
빈도(명)	143	91	68	75	51	31	23	23	23	19	14	22	16	170	769
백분율(%)	18.6	11.8	8.8	9.8	6.6	4.0	3.0	3.0	3.0	2.5	1.8	2.9	2.1	22.1	100.0

4) 보호관찰 처분 경력

치료감호 가종료 보호관찰 대상자의 보호관찰 처분 경력을 살펴보면, 평균 보호관찰 처분 횟수는 2.05회(표준편차 1.45)이고, 본건이 최초 보호관찰 처분인 경우부터 최대 10회의 보호관찰 처분 전력이 있는 것으로 나타났다. 본건이 최초 보호관찰 처분인 경우 381건(49.6%), 2회인 경우 190건(24.8%), 3회인 경우 88건(11.4%) 등으로, 3회 이하인 경우가 전체 대상자의 85.8%를 차지하였다.

〈표 4-59〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 보호관찰 경력

구 분	1회	2회	3회	4회	5회	6회	7회	8회	9회	10회	합계
빈도(명)	381	190	88	47	34	17	8	2	1	1	769
백분율(%)	49.6	24.8	11.4	6.1	4.4	2.2	1.0	0.3	0.1	0.1	100.0

다. 정신장애 관련 요인

1) 치료감호 대상 유형

치료감호 가중료 보호관찰 대상자 중 치료감호 대상 유형이 확인된 714명에 대해 치료감호 유형을 살펴보면, 1호 대상자가 503명(70.4%), 2호 대상자가 176명(24.7%), 3호 대상자가 35명(4.9%)이었다.

〈표 4-60〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 치료감호 대상 유형

구 분	1호	2호	3호	합 계
빈도(명)	503	176	35	714
백분율(%)	70.4	24.7	4.9	100.0

라. 정신장애 진단 유형¹⁵⁵⁾

치료감호 가중료 보호관찰 대상자 중 정신장애 진단 유형이 확인된 714명에 대해 정신장애 유형을 「정신질환의 진단 및 통계편람 제5판(DSM-V, Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed.)」¹⁵⁶⁾에 따라 구분하면 〈표 4-61〉과 같다. 조현병과 망상장애 등을 포함하는 조현병 스펙트럼 장애가 334명(46.8%)으로 가장 많았고, 알코올 사용 관련 장애 115명(16.1%), 약물 사용 관련 장애가 61명(8.6%), 정신지체·발달장애 56명¹⁵⁷⁾(7.9%), 양극성 장애 51명(7.1%), 변태 성욕이 35명(4.9%) 등으로 나타났다.

155) 정신장애 진단 유형은 치료감호소에서의 진단 결과에 따른 것이다.

156) American Psychiatric Association(권준수 외 역)(2015), 정신질환의 진단 및 통계편람 제5판, 학지사.

157) 정신지체 54명, 발달장애 2명.

〈표 4-61〉 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 정신질환 진단 유형

구 분		빈도(명)	백분율(%)
1호	정신지체·발달장애	56	7.9
	조현병 스펙트럼 장애	334	46.8
	양극성 및 관련 장애	51	7.1
	우울 장애	23	3.2
	치매 및 기질성 인격장애	16	2.2
	충동조절장애	5	0.7
	인격 장애	13	1.8
	외상 및 스트레스 관련 장애	5	0.7
2호	알코올 사용 관련 장애	115	16.1
	약물 사용 관련 장애	61	8.6
3호	변태 성욕	35	4.9
합계		714	100.0

3. 치료감호 가중료 보호관찰 집행 실태

가. 전담 보호관찰관 지정 및 초기 분류

보호관찰소에서는 보호관찰 처분 유형별 전담 보호관찰을 지정하고 있으며, 치료명령과 마찬가지로 치료감호 가중료 보호관찰을 위한 전담 보호관찰관이 지정되고 있다. 가중료 결정시 보호관찰 처분만 부과된 경우 가중료 보호관찰 전담 보호관찰관이 담당하며, 보호관찰과 위치추적 전자장치 부착 또는 성충동 약물치료 등이 부과되는 경우에는 전자감독 전담 보호관찰관 또는 성충동 약물치료 전담 보호관찰관이 담당한다.

전담 보호관찰관은 보호관찰 개시일로부터 1개월 이내에 대상자와의 면담, 가족 등 관계인과의 면담, 범죄경력 관련 자료, 환경조사, 본건 범죄 사실, 정신과적 진료 내역 등의 자료를 토대로 재범 위험성을 평가하고, 재범위험성 평가 결과를 반영하여 ‘초기 분류 등급’을 결정한다. 분류 등급에 따라 대상자에 대한 보호관찰관의 대면 지도감독 횟수를 결정하는데, 원칙적으로 가중료 보호관찰 대상자는 다른 유형의 보호관찰 대상자에 비해 상대적으로 강도 높은 지도감독을 실시하도록 초기 분류 등급을 지정한다. 2018년 5월 기준, 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 44%가 가장 위험성이 높은 등급으로 분류, 지정되었다.¹⁵⁸⁾

나. 치료의 관리 및 유지를 위한 보호관찰 지도감독¹⁵⁹⁾

보호관찰관은 가중료 보호관찰 대상자의 생활환경 및 생활태도 등을 관찰하고 건전한 사회인으로 복귀하도록 지도와 감독을 실시하는데, 대상자와 직접 접촉하는 대면 지도감독의 형식은 일반 보호관찰 대상자와 동일하여 대상자를 보호관찰소에 출석시키는 ‘출석지도’와 보호관찰관이 대상자의 주거지나 직장 등을 방문하여 지도하는 ‘출장지도’를 실시하고, 대상자의 분류등급에 따라 매주 또는 월 1~2회 이상 대면 접촉을 유지한다.

치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 지도감독의 핵심은 정신과적 증상의 조절을 위한 병원 진료와 투약 유지, 복약 검사 등 치료가 적절하고도 충분히 이루어지고 있는지에 대한 점검과 지도이다. 이를 위해 보호관찰관은 대상자와의 면담 시 대상자의 신상정보의 변화 등과 함께 주요 정신과적 증상의 호전악화 등의 변화 여부, 진료 기관 및 주치의와의 관계 등을 반복적으로 확인하며, 대상자로부터 약복용 실태 및 치료기관 방문 자료를 제출받기도 한다. 특히, 고위험 대상자의 경우, 보호관찰 개시 초기부터 대상자의 병원 외래진료 시 동행하여 치료 사실을 확인하고, 치료진과의 관계를 형성하며, 대상자의 가족 및 지인 등과의 수시 접촉을 통해 복약 등 치료 이행 상황을 점검한다. 또한, 치료감호소 출소자에게 제공되는 치료감호소 무상 외래진료¹⁶⁰⁾를 이용하도록 하고, 병식이 없거나 치료약물 복용에 대해 거부적인 대상자에게는 의료진과 협의하여 일회 투약으로 수 개월간 치료 효과가 지속되는 장기지속형 치료제의 사용을 권장하고 있다.

대상자에게 특별준수사항으로 ‘보호관찰관의 의료기관 동행 지시에 순응할 것’, ‘치료자의 성명, 치료 기록 및 투약 처방전의 제출 의무’ 등이 부과된 경우 치료 여부의 확인이 상대적으로 용이하고, ‘처방된 약물 복용 여부에 관한 보호관찰관의 검사 지시에 응할 것’이 부과된 경우 대상자나 관계인의 구두 진술에서 벗어나 소변검사 등을 통해 투약 여부를 실질적으로 확인할 수 있다.

치료감호 가중료 보호관찰 대상자는 장기간 치료감호소에 수용되었던 탓에 가족

158) 가중료 보호관찰 대상자에 대한 법무부 내부자료 분석 결과.

159) 보호관찰만 부과된 대상자에 대한 지도감독 방법 및 내용으로 한정하였다.

160) 치료감호소 출소자는 전국 5개 국립병원에서 최장 20년간 무상 외래진료를 받을 수 있다.

관계나 대인 관계의 유지가 어렵고, 정신과적 증상으로 인한 사회적 위축이나 대인관계 단절이 나타나는 경우가 많다. 따라서 보호관찰은 가족 관계의 어려움, 취업 상태 및 경제적 여건, 여가 활용, 대인관계 범위 및 불건전한 교제 여부 등을 확인하여, 필요시 별도의 치료 프로그램 또는 직업 훈련 교육에 참여하도록 하고 경제적 구호 및 기초 수급권자 지정 지원 등을 실시하는 등 대상자의 사회적응을 위해 지원하고 있다.

다. 지역사회 전문 기관과의 협력

치료감호법에 따라 치료감호가 종료 또는 가종료되거나 집행이 정지되는 등 치료감호시설 출소자는 지역 정신건강복지센터에 등록하여 상담, 진료, 사회복귀훈련 등 정신건강복지센터의 정신보건서비스를 제공받을 수 있다.¹⁶¹⁾ 또한, 보호관찰소와 정신건강복지센터는 치료감호시설 출소자의 치료 및 재범방지, 사회복귀를 위하여 협조하며, 보호관찰소는 보호관찰 대상자의 등록, 상담, 진료, 사회복귀훈련 및 이에 관한 사례관리 등 정신보건 관련 정보를 정신건강복지센터에 요청할 수 있고,¹⁶²⁾ 정신건강복지센터는 보호관찰 대상자의 공동 면담 등 보호관찰 대상자의 치료 및 재범방지, 사회복귀를 위해 필요한 경우 보호관찰소의 협조를 요청할 수 있다.¹⁶³⁾

그러나 이러한 법적 근거와 현실적 필요성에도 불구하고, 치료명령 집행에서와 마찬가지로 보호관찰소와 지역 정신건강복지센터의 협력은 원활하지 못한 측면이 있다. 가종료 보호관찰 담당자에 대한 설문조사 결과, 보호관찰 담당자는 정신건강복지센터와의 협력이 필요하지만 실제 협력은 부족하다고 인식하고 있으며, 그 원인으로 지역 정신건강복지센터의 인력이 부족하고 기존 업무의 부담이 크며, 보호관찰 담당자의 인사이동이 잦고 상호 교류의 기회가 부족한 점 등을 지적하였다. 정신장애 범죄인의 관리가 사각지대 없이 작동되기 위해서는 형사사법체계와 정신보건체계의 연계를 통한 체계화된 치료 및 관리 시스템이 구축되어야 한다. 또한 보호관찰 기간은 물론 기간이 종료된 이후에는 더욱더 지역 정신보건기관의 역할이 중요하므로, 지역 사회의 정신보건체계를 통해 지속적인 약물관리와 상담, 사례관리가 이루어지도록 법제 정비 등이 필요하다.

161) 「치료감호 등에 관한 법률」 제36조의2.

162) 「치료감호 등에 관한 법률」 제36조의4 제2항.

163) 「치료감호 등에 관한 법률」 제36조의4 제3항.

라. 치료감호 가종료 보호관찰의 종료¹⁶⁴⁾ 및 치료감호 종료

1) 치료감호 가종료 보호관찰의 종료

치료감호 가종료 보호관찰 대상자는 보호관찰기간이 끝났을 때, 보호관찰기간이 끝나기 전이라도 치료감호심의위원회의 치료감호의 종료결정이 있을 때, 또는 다시 치료감호소에 재수용되거나, 새로운 범죄로 금고 이상의 형의 집행을 받게 되었을 때¹⁶⁵⁾ 보호관찰이 종료된다. 또한, 가종료 대상자의 치료감호를 종료할 수 있는 때에는 보호관찰기간이 끝나거나 치료감호심의위원회가 대상자의 관찰 성적 및 치료 경과가 양호하여 보호관찰기간이 끝나기 전에 보호관찰의 종료를 결정하는 경우 등이다.

2010년부터 2017년까지의 치료감호 가종료 보호관찰 대상자의 보호관찰 종료 사유별 현황은 <표 4-62>와 같다. 치료감호 가종료 보호관찰의 종료 인원은 매년 420명에서 450명의 범위에 있으며, 2012년 488명으로 최대치를 기록한 후 2015년 415명, 2016년 449명, 2017년 424명 등이었다. 세부 종료 사유로는, 기관 간 이송에 따른 종료를 제외하면, 보호관찰 기간이 끝난 경우(기간 만료)가 가장 많고, 이어서 가종료 취소 결정에 따른 종료(가종료취소 종료) 또는 재범으로 인해 금고형 이상의 집행을 받게 됨에 따른 종료(형집행 종료) 등이며, 치료감호심의위원회에서 치료감호의 종료 결정으로 인한 종료(집행 종료)도 10명 미만이었다. 이를 별다른 문제없이 보호관찰이 종료된 경우와 재범 등으로 인해 취소·변경된 경우로 이분해보면, 보호관찰 기간 동안 문제없이 지내다 종료된 ‘기간 만료’와 ‘집행 종료’는 매년 전체 대상자의 30% 수준을 유지하고 있으며, 증상 악화·준수사항 위반·재범 등으로 인한 가종료취소 종료와 형집행으로 인한 종료는 매년 20% 내외로 나타났다.

한편, 최근 5년간 전체 보호관찰 대상자에 대해 기간만료, 처분의 취소 또는 변경, 이송, 사회봉사명령·수감명령·이수명령 등의 이행, 집행 불능, 기타 등으로 보호관

164) 「치료감호 등에 관한 법률」 제32조 제3항.

165) 「치료감호 등에 관한 법률」 제32조 제3항 제4호와 제5호의 신설(2017. 12. 12.)로, (2018. 6. 13.부터, 보호관찰 대상자가 보호관찰기간 중 새로운 범죄로 금고이상의 형의 집행을 받게 된 때에는 보호관찰이 종료되지 않으며, 해당 형의 집행기간 동안 보호관찰기간이 계속 진행되며, 그 형의 집행이 종료 면제되는 때 또는 보호관찰 대상자가 가석방되는 때에 보호관찰기간이 아직 남아있으면 그 잔여기간 동안 보호관찰을 집행하여야 한다.

찰 종료사유를 구분하여 종료 현황¹⁶⁶⁾을 살펴보면, 사회봉사명령 이행이 27.6%~32.2%의 범위로 나타나 가장 높은 비율을 차지하였고, 기간만료가 21.1%~28.9%의 범위로 나타났다(표 4-63) 참조). 이어서 수강·이수명령이 18.8%~21.4% 이었고, 취소·변경 등은 6.6%~7.9%로 나타났다. 여기에서는 종료사유에 명령 이행까지 포함하고 있어 치료감호 가종료 보호관찰 대상자의 종료사유 현황과 직접 비교하는데 한계가 있기는 하나, 치료감호 가종료 보호관찰 대상자의 경우 가종료 취소 또는 형집행 종료로 인한 종료 비율이 높은 것은 분명하다.

〈표 4-62〉 치료감호 가종료 보호관찰 대상자의 보호관찰 종료 사유별 현황

구분 \ 연도		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
기간 만료	빈도(명)	134	141	163	145	152	116	143	139
집행 종료	빈도(명)	6	3	8	3	6	6	2	7
소계	빈도(명)	140	144	171	148	158	122	145	146
	백분율(%)	31.4	29.9	35.0	31.6	34.1	29.4	32.3	34.4
가종료취소	빈도(명)	8	20	14	17	36	52	40	55
형집행종료	빈도(명)	90	93	81	83	61	49	37	31
소계	빈도(명)	98	113	95	100	97	101	77	86
	백분율(%)	22.0	23.5	19.5	21.4	20.9	24.3	17.2	20.3
구분 \ 연도		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
이송	빈도(명)	188	210	211	198	196	177	211	180
	백분율(%)	42.1	43.7	43.2	42.3	42.2	42.7	47.0	42.5
사망	빈도(명)	20	14	11	17	11	13	14	11
	백분율(%)	4.5	2.9	2.3	3.6	2.4	3.1	3.1	2.6
기타	빈도(명)	0	0	0	5	2	2	2	1
	백분율(%)	-	-	-	1.1	0.4	0.5	0.4	0.2
계	빈도(명)	446	481	488	468	464	415	449	424
	백분율(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

※ 출처 : 법무부 내부자료.

166) 법무부 범죄예방정책국 통계에 따른 2018 법무연감 자료로, 성인 및 소년 대상자 모두 포함하며, 보호관찰의 범위에 협의의 보호관찰(치료감호 가종료 보호관찰 포함), 사회봉사명령, 수강명령, 존스쿨 등이 포함된다.

〈표 4-63〉 보호관찰 대상자의 보호관찰 종료 사유별 현황

구분 \ 연도		2012	2013	2014	2015	2016
기간 만료	빈도(명)	33,236	31,834	31,001	31,477	32,486
	백분율(%)	28.9	28.2	25.7	24.2	21.1
취소 · 변경 등	빈도(명)	9,077	8,958	9,140	9,839	10,123
	백분율(%)	7.9	7.8	7.6	7.6	6.6
이송	빈도(명)	9,491	10,134	10,234	10,313	11,032
	빈도(명)	8.2	9.0	8.5	7.9	7.2
명령 이수	사회봉사 명령	빈도(명)	34,491	34,579	37,142	41,973
		백분율(%)	29.9	30.7	30.8	32.2
	수감명령	빈도(명)	21,650	21,223	25,814	27,925
		백분율(%)	18.8	18.8	21.3	21.4
	존스쿨 등	빈도(명)	4,518	3,214	2,356	5,160
		백분율(%)	3.9	2.8	2.0	4.0
집행불능	빈도(명)	1,653	1,888	3,804	2,125	2,156
	백분율(%)	1.4	1.7	3.1	1.6	1.4
기타	빈도(명)	1,085	1,095	1,193	1,457	2,072
	백분율(%)	1.0	1.0	1.0	1.1	1.3
계	빈도(명)	115,201	112,922	120,684	130,269	153,876
	백분율(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

※ 출처 : 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 467쪽 〈표 III-53〉 재편집.

2) 치료감호 가종료 취소 사유 현황

2010년부터 2017년까지 치료감호 가종료 취소 결정으로 보호관찰이 종료된 대상자에 대해 가종료 취소 결정의 사유를 살펴보았다. 치료감호 가종료 취소 사유는 재범, 준수사항 위반, 증상 악화 등 3가지 경우가 있는데, 재범 또는 보호관찰 준수사항 위반에 따른 취소 사례가 대부분이며, 증상 악화를 이유로 취소된 경우는 거의 없었다. 이처럼 치료감호 가종료 취소결정의 주요 원인은 재범 또는 준수사항 위반인데, 이러한 상황이 초래된 데에는 정신장애 증상이 재발하거나 또는 정신장애로 인해 직간접적으로 유발된 사회 적응의 실패 등을 들 수 있고, 이 두 요인은 깊은 관련성을 갖고 상호 영향을 주고 받는 것으로 보인다.

〈표 4-64〉 치료감호 가종료 취소된 보호관찰 대상자의 취소 사유 현황

연도		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
구분	빈도(명)	4	13	7	6	18	32	34	48
	백분율(%)	50.0	65.0	50.0	35.3	50.0	61.5	85.0	87.3
준수사항 위반 등	빈도(명)	3	7	7	10	17	20	6	7
	백분율(%)	37.5	35.0	50.0	58.8	47.2	38.5	15.0	12.7
증상 악화	빈도(명)	1	-	-	1	1	-	-	-
	백분율(%)	12.5	-	-	5.9	2.8	-	-	-
합계	빈도(명)	8	20	14	17	36	52	40	55
	백분율(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

※ 출처 : 법무부 내부자료.

3) 보호관찰 감독기간 현황

2017년 한 해 동안 치료감호 가종료가 취소된 보호관찰 대상자 55명에 대해 취소 원인 별로 가종료 취소 시까지의 보호관찰 기간 경과 현황을 살펴보았다. 우선 재범으로 치료감호 가종료 보호관찰이 취소된 대상자 중 보호관찰 개시 이후 6개월 미만자는 6.3%, 1년 미만자는 20.8%로, 1년 미만의 기간 내에 취소된 경우가 27.1%이었다. 2년 미만자는 41.7%이었고, 2년 이상 경과한 경우도 31.2%이었다(〈표 4-65〉 참조). 이는 〈표 4-66〉에서 보여지듯이 보호관찰 개시 이후 초기 1년 이내의 재범률, 특히 6개월 이내의 재범률이 50%에 이르는 일반 성인 보호관찰 대상자와는 상이한 결과이다. 즉, 일반적인 보호관찰 대상자는 보호관찰관과의 신뢰 관계가 형성되기 이전, 보호관찰관의 개입이 본격화되기 이전에 재범이 집중되다 이후 보호관찰 기간 경과에 따라 재범률이 감소하는 반면, 치료감호 가종료 보호관찰 대상자는 재범 위험성이 높은 ‘개시 초기 기간’의 의미가 적으며, 보호관찰 기간 경과와 무관하게 재범 위험성이 지속되는 집단으로 판단할 수 있다.

치료감호 가종료 취소자의 보호관찰 기간 경과에 따른 재범률 상승의 원인으로, 치료감호소 출소 초기에는 이전의 치료효과가 지속되고 상대적으로 외래치료의 순응도가 높다가 이후 점차로 치료 순응도가 저하되었을 가능성을 추정할 수 있다. 결국, 치료감호 가종료 보호관찰 대상자는 보호관찰 기간 동안 치료가 꾸준히 지속되도록 지도감독하여 증상 악화 및 그로 인한 준수사항 위반과 재범 등 부정적 결과가 초래되

는 것을 차단하는 것이 중요하다.

〈표 4-65〉 치료감호 가중료 보호관찰 취소자의 보호관찰기간 경과 현황 (2017년)

구분		보호관찰경과시점	6개월 미만	1년 미만	2년 미만	3년 미만	합계
재범	빈도(명)		3	10	20	15	48
	백분율(%)		6.3	20.8	41.7	31.2	100.0
준수사항 위반 등	빈도(명)		1	-	1	5	7
	백분율(%)		14.3	-	14.3	71.4	100.0
증상 악화	빈도(명)		-	-	-	-	-
	백분율(%)		-	-	-	-	-

※ 출처 : 법무부 내부자료.

〈표 4-66〉 성인 보호관찰 대상자의 보호관찰기간 경과 기준 재범 현황 (2014년~2016년)

연도		보호관찰경과시점	6개월 이내	1년 이내	2년 이내	3년 이내	3년 초과	합계
2014	빈도(명)		896	767	919	157	39	2,778
	백분율(%)		32.2	27.6	33.1	5.7	1.4	100.0
2015	빈도(명)		1,024	754	1,024	216	45	3,063
	백분율(%)		33.5	24.6	33.4	7.1	1.5	100.0
2016	빈도(명)		1,209	819	859	114	12	3,013
	백분율(%)		40.1	27.2	28.5	3.8	0.4	100.0

※ 출처 : 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 568쪽 〈표 III-117〉 편집.

4. 치료감호 가중료 보호관찰의 의의 및 효과성

정신장애범죄인에 대한 치료감호 제도의 지역사회 내 연계 대책으로서 보호관찰소에서 치료감호 출소자 관리는 매우 중요하다. 즉, 치료감호 가중료 보호관찰 대상자가 상당기간 치료감호 처분이 필요할 정도로 중한 범죄와 심각한 정신장애 또는 약물·알코올 사용 문제가 있었고, 상당기간의 정신과적 치료에도 불구하고 치료감호 종료 결정이 가능할 정도의 회복에 이르지 못한 상태로 지역사회에 복귀한 사람으로, 보호관찰이라는 형사사법적 안전망을 통해 치료적 처우의 유지를 확인하고 필요한 지원을 제공함으로써 치료감호 가중료자의 잠재적인 위험 요인을 관리하고 사회복귀를 촉진한다는 점에서 그 의의가 크다고 할 수 있다.

치료감호 가중료 보호관찰의 효과성은 여타 형사사법 체계 및 재범 방지 정책과 마찬가지로 해당 대상자의 재범률을 확인하는 것이 가장 기본적이고 직접적인 방법이다. 현재 법무부 범죄예방정책국에서 발표하는 보호관찰 대상자의 재범률은 당해 연도에 보호관찰을 실시한 인원 대비 당해 연도의 재범자 수로 산출하고 있다. 이때, 재범은 보호관찰 기간 중 새로운 범죄를 저질러 검사로부터 구공판, 소년부송치, 가정보호사건송치 등의 종국처분을 받은 경우¹⁶⁷⁾이다. 이러한 재범률은 보호관찰 처분의 장기적인 효과성을 확인하기 곤란하며 향후 보호관찰 종료 이후의 일정 기간까지를 포함한 재범 여부 확인이 필요하지만, 일단 현재로서는 보호관찰 기간이라는 단기간 동안의 효과를 확인하는 수단으로 활용할 수 밖에 없다.

이러한 현실적 한계를 감안하며 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 재범률¹⁶⁸⁾을 살펴보면, 2011년 11.9%, 2012년 10.1%, 2013년 9.4%, 2014년 9.1%, 2015년 9.0%, 2016년 7.5% 등으로 최근 감소 추세를 보이기는 하나, 향후 변화 추이를 지속적으로 살펴볼 필요가 있다.

치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 재범률은 성인 전체 보호관찰 대상자의 재범률보다 높다(표 4-67) 참조). 하지만, 정신장애와 범죄의 관계에 대한 선행 연구들에서 주요 정신장애가 있는 범죄자(특히 물질남용 전력이 있는 경우)의 경우 폭력의 위험성이 상승하고¹⁶⁹⁾, 정신장애범죄인은 정신장애가 없는 범죄자에 비해 교도소 출소 후 재범률이 더 높게 나타났음¹⁷⁰⁾을 고려할 때, 각 집단의 특성과 재범의 기저율이 다를 수 있다. 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 경우, 다른 유형의 정신장애범죄인 집단과의 상대적 비교가 필요하지만, 그와 관련한 국내의 실증적 자료는 부족하다. 결국 현재의 치료감호 가중료 보호관찰 대상자의 재범률은 보호관찰의 효과를 가늠하는 근거로 활용하는 것은 무리이며, 치료감호 가중료 보호관찰 대상자가 다른 보호관찰

167) 법무부, 「보호관찰대상자 재범 관련 업무 처리 지침」 참조.

168) 법무연수원(2017), 2016 범죄백서, 541쪽; 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 567쪽.

169) Silver, E.(2006), "Understanding the relationship between mental disorder and violence: The need for a criminological perspective", Law and Human Behavior, 30, 685-706.

170) Duwe, G.(2015), "Does Release Planning for Serious and Persistent Mental Illness Offenders Reduce Recidivism? Results From an Outcome Evaluation", Journal of Offender Rehabilitation, 54:19-36(pp 20).

집단보다 전문적인 지도와 관리가 필요한 ‘재범 고위험 집단’임을 방증하는 것으로 판단함이 적절하다.

〈표 4-67〉 치료감호 가중료 보호관찰 및 성인 보호관찰 대상자의 재범률 현황

구분 \ 연도	2011	2012	2013	2014	2015	2016
가중료 보호관찰	11.9%	10.1%	9.4%	9.1%	9.0%	7.5%
성인 보호관찰	4.1%	4.1%	4.5%	5.1%	5.2%	5.7%

※ 출처 : 법무연수원(2017), 2016 범죄백서, 541쪽; 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 567쪽.

한편 그동안 재범의 위험 및 치료 효과의 미흡 등으로 치료감호에서 가중료되지 못하고 치료감호기간이 만료되어서야 출소한 사람에 대해 사회 내에서 형사사법적으로 관리하고 보호할 제도적 규정이 없었으나, 2018년 6월부터 치료감호심의위원회의 결정에 따라 치료감호기간이 만료된 대상자에게도 보호관찰을 부과할 수 있게 되었다. 장기간 사회로부터 격리되었던 대상자 군의 확대에 따라 정신장애에 대한 치료는 물론 사회 경제적 지지 및 지원망 마련 등을 위한 보다 체계적이고 전문적인 대책이 요청되고 있다.

제4절 정신건강 상담·치료조건부 기소유예 대상자의 현황 및 집행 실태

2016년 11월 28일 제도 시행 이후부터 2018년 5월 31일까지 전국 보호관찰소에 검찰의 선도위탁 의뢰서가 접수된 사례 중 소재불명 등의 사유로 집행이 불가능한 경우를 제외한 237명을 대상으로, 제도 활용 현황을 확인하고 정신건강 상담·치료 조건부 기소유예 대상자의 특성 및 집행 실태를 확인하였다.

1. 정신건강 상담·치료조건부 기소유예 현황

정신건강 상담·치료 조건부 기소유예 제도는 정신장애범죄인에게 기소유예 처분

일로부터 6개월간 보호관찰과 함께 상담치료를 받도록 하는데, 제도 시행 이후부터 2018년 5월 31일까지 조건부 기소유예 처분을 통해 보호관찰과 상담·치료명령이 부과된 대상자는 총 237명이었다. 이 중 172명(72.6%)이 기소유예 기간 만료 등의 사유로 종료되었고, 현재 보호관찰 기간 중인 대상자는 65명(27.4%)이다.

〈표 4-68〉 기소유예 처분 현황 및 현재 보호관찰 상황

구 분	빈도(명)	백분율(%)
기소유예 집행 중	65	27.4
기소유예 종료	172	72.6
합계	237	100

2. 정신건강 상담·치료조건부 기소유예 대상자 현황

가. 인구통계학적 특성

1) 성별 분포

상담·치료 조건부 기소유예 대상자의 성별을 살펴보면, 남성 대상자가 171명(72.2%), 여성 대상자가 66명(27.8%)으로, 치료명령 보호관찰 대상자의 성별 비율(남성 78.5%, 여성 21.5%)과 유사한 결과이다.

〈표 4-69〉 기소유예 대상자의 성별 분포

구 분	빈도(명)	백분율(%)
남성	171	72.2
여성	66	27.8
합계	237	100.0

2) 연령 분포

상담·치료 조건부 기소유예 대상자의 평균 연령은 41.6세(표준편차 14.9)이고, 최저 연령은 16세, 최고 연령은 81세이며, 18세 이하 청소년은 8명이었다. 연령대 별 분포를 살펴보면, 50대 55명(23.2%), 40대 53명(22.4%), 20대 53명(22.3%), 60대

17명(6.5%), 10대 13명(5.5%), 70대 이상 7명(3.6%) 등이었다.

〈표 4-70〉 기소유예 대상자의 청소년/성인 여부

구 분	빈도(명)	백분율(%)
성인	229	96.6
청소년	8	3.4
합계	237	100.0

〈표 4-71〉 기소유예 대상자의 연령 분포

구 분	빈도(명)	백분율(%)
10대	13	5.5
20대	53	22.3
30대	39	16.5
40대	53	22.4
50대	55	23.2
60대	17	6.5
70대 이상	7	3.6
합계	237	100.0

3) 혼인 상태

상담·치료 조건부 기소유예 대상자의 혼인 상태를 살펴보면, 미혼인 경우가 126명(53.2%), 기혼인 경우 50명(21.1%), 이혼인 경우가 36명(15.2%)이었고, 사별 8명(3.4%), 동거와 별거가 각 5명(2.1%) 등으로 나타났다. 이를 배우자 유무에 따라 재분류하면, 기혼·사실혼 관계 등 배우자가 있는 경우가 23.2%, 미혼·이혼·별거 등으로 배우자가 없는 경우가 73.9%로, 치료명령 보호관찰 대상자의 배우자 유무 비율과 유사하다.

〈표 4-72〉 기소유예 대상자의 혼인 상태

구 분	빈도(명)	백분율(%)
미혼	126	53.2
기혼	50	21.1
사실혼	5	2.1
별거	5	2.1
이혼	36	15.2
사별	8	3.4
기타	2	0.8
미상(결측값)	5	2.1
합계	237	100.0

4) 학력 수준

상담·치료 조건부 기소유예 대상자의 학력 수준을 살펴보면, 고등학교 졸업과 전문대학 졸업 이상인 경우가 각 80명(33.8%)과 69명(29.1%)으로 전체 대상자의 62.9%를 차지하였다. 그 외 중학교 졸업이 25명(10.5%), 초등학교 졸업 이하가 23명(9.7%), 중학교 중퇴가 9명(3.8%) 등이었고, 청소년 대상으로 고등학교 재학 중인 경우가 7명(3.0%)이었다.

〈표 4-73〉 기소유예 대상자의 학력 수준

구 분	빈도(명)	백분율(%)
초등학교 졸업 이하	23	9.7
중학교 중퇴	9	3.8
중학교 졸업	25	10.5
고등학교 재학	7	3.0
고등학교 중퇴	15	6.3
고등학교 졸업	80	33.8
전문대학 이상	69	29.1
기타 미상	9	3.8
합계	237	100.0

5) 현재 직업 유형

상담·치료 조건부 기소유예 대상자의 현재 직업 유형은, 정규직이 11명(4.7%),

자영업이 6명(2.5%) 이었고, 무직이 128명(54.0%), 일용직이 42명(17.7%) 등으로 전체 대상자의 71.7%가 직업이 없거나 불안정한 고용 상태에 있었다.

〈표 4-74〉 기소유예 대상자의 현재 직업 유형

구 분	빈도(명)	백분율(%)
정규직	11	4.7
일용직	42	17.7
자영업	6	2.5
전업주부	14	5.9
학생	14	5.9
무직	128	54.0
기타	18	7.6
미상	4	1.7
합계	237	100.0

6) 월소득 수준

상담·치료 조건부 기소유예 대상자 중 월소득 수준이 확인된 186명에 대해 살펴본 결과, 평균 월소득은 46.6만원(표준편차 131.1)이며, 수입이 있는 경우가 51명(27.4%), 수입이 없는 경우가 135명(72.6%)이었다.

월소득이 있는 대상자의 월소득 현황을 살펴보면, 50만원 이하가 15명(8.0%), 50만원 초과~100만원 이하가 11명(6.0%), 100만원 초과~200만원 이하가 15명(8.0%), 200만원 초과~300만원 이하가 4명(2.2%), 300만원을 초과하는 경우가 6명(3.2%)으로 나타났다.

〈표 4-75〉 기소유예 대상자의 월소득 수준

구 분		빈도(명)	백분율(%)
월수입 없음		135	72.6
월수입 있음	소계	51	27.4
	50만원 이하	15	8.0
	100만원 이하	11	6.0
	150만원 이하	9	4.8
	200만원 이하	6	3.2
	250만원 이하	2	1.1
	300만원 이하	2	1.1
	300만원 초과	6	3.2
합계		186	100.0

7) 가계 월소득 수준

상담·치료 조건부 기소유에 대상자 중 가계 월소득 수준이 확인된 135명에 대해 살펴본 결과, 가계 월소득의 평균은 199.3만원(표준편차 201.6만원)이었고, 가계 월소득이 있는 경우 117명(86.7%), 월소득이 없는 경우 18명(13.3%)이었다.

월소득이 있는 대상자의 가계 월소득 분포를 살펴보면, 50만원 이하가 11명(8.2%), 50만원 초과~100만원 이하가 25명(18.5%), 100만원 초과~150만원 이하가 15명(11.1%), 150만원 초과~200만원 이하가 25명(18.5%), 200만원 초과~250만원 이하가 4명(3.0%), 250만원 초과~300만원 이하가 15명(11.1%), 300만원을 초과하는 경우는 22명(16.3%) 등으로 나타났다.

〈표 4-76〉 기소유에 대상자의 가계 월소득 수준

구 분		빈도(명)	백분율(%)
가계 월수입 없음		18	13.3
가계 월수입 있음	소계	117	86.7
	50만원 이하	11	8.2
	100만원 이하	25	18.5
	150만원 이하	15	11.1
	200만원 이하	25	18.5
	250만원 이하	4	3.0
	300만원 이하	15	11.1
	300만원 초과	22	16.3
합계		135	100.0

8) 기초 수급권자 지정 현황

기초 수급권자 지정 여부가 확인된 상담·치료 조건부 기소유에 대상자 172명 중 48명(27.9%)이 기초 수급권자로 지정되었고, 124명(72.1%)은 해당사항이 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-77〉 기소유에 대상자의 기초 수급권자 지정 여부

구 분	빈도(명)	백분율(%)
기초 수급권자 아님	124	72.1
기초 수급권자	48	27.9
합계	172	100.0

9) 주거 형태 및 상태

상담·치료 조건부 기소유예 대상자의 주거 형태를 살펴보면, 다가구주택 68명(28.7%), 아파트 67명(28.3%), 단독주택 54명(22.8%)의 순으로 나타났으며, 주거가 불안정한 임시숙소 또는 주거부정인 경우가 각 4명(1.7%), 1명(0.4%) 등이었다(〈표 4-78〉 참조). 또한, 주거 상태를 확인 가능한 대상자 중 자가인 경우가 72명(30.5%) 이었고, 월세인 경우가 43명(18.1%), 전세인 경우가 19명(8.0%)이었다(〈표 4-79〉 참조).

〈표 4-78〉 기소유예 대상자의 주거 형태

구 분	빈도(명)	백분율(%)
아파트	67	28.3
임대아파트	15	6.3
다가구주택(빌라)	68	28.7
단독주택	54	22.8
임시숙소	4	1.7
주거부정	1	0.4
기타	24	10.1
미상	4	1.7
합계	237	100.0

〈표 4-79〉 기소유예 대상자의 주거 상태

구 분	빈도(명)	백분율(%)
자가	72	30.5
전세	19	8.0
월세	43	18.1
무상	8	3.4
기타	25	10.5
미상(결측값)	70	29.5
합계	237	100.0

10) 동거인 유무 및 동거인과의 관계

상담·치료 조건부 기소유예 대상자 중 동거인이 없는 경우가 57명(24.0%), 동거인이 있는 경우가 176명(74.3%)이었다(〈표 4-80〉 참조). 동거인이 있는 경우, 대상자와 동거

인의 관계를 살펴보면, 가족인 경우가 163명(92.6%)으로 거의 대부분을 차지하였고, 그 외 사실혼 관계의 배우자, 기타 친인척, 친구 또는 지인 등이었다(〈표 4-81〉 참조).

〈표 4-80〉 기소유예 대상자의 동거인 유무

구 분	빈도(명)	백분율(%)
동거인 없음	57	24.0
동거인 있음	176	74.3
미상	4	1.7
합계	237	100.0

〈표 4-81〉 기소유예 대상자의 동거인 유형

구 분	빈도(명)	백분율(%)
가족	163	92.6
친인척	1	0.6
친구 또는 지인	1	0.6
사실혼 관계	8	4.5
기타(시설거주)	1	0.6
미상	2	1.1
합계	176	100.0

나. 본건 유형 및 범죄 경력

1) 본건 범죄 유형

상담·치료 조건부 기소유예 대상자의 본건 범죄 유형은 〈표 4-82〉와 같다. 전체 대상자 중 폭력사범이 102명(43.0%)으로 가장 많았고, 기타사범(공무집행방해 또는 업무방해, 재물손괴, 소방기본법위반 등 포함) 55명(23.2%), 절도사범 30명(12.7%), 강력사범 21명(8.9%), 성폭력사범 20명(8.4%), 풍속사범 6명(2.5%), 사기횡령사범 3명(1.3%) 등으로 나타났다.

「정신건강 상담·치료 조건부 기소유예 처리지침」에서 기소유예 처분 대상범죄를 경미한 강·폭력 범죄로 규정하고 있으나(동지침 제4조 제1항), 실제 처분 시에는 범죄 종류에 따라 제한하기보다 대상자의 정신장애 여부와 치료 필요성 등을 주요한

처분 근거로 삼는 것으로 추정된다.

〈표 4-82〉 기소유예 대상자의 본건 범죄 유형

구 분	강력	교통	마약	사기·횡령	성폭력	절도	폭력	풍속	기타	합계
빈도(명)	21	-	-	3	20	30	102	6	55	237
백분율(%)	8.9	-	-	1.3	8.4	12.7	43.0	2.5	23.2	100.0

2) 전과 횡수

범죄 및 수사 경력자료 조회 결과에 따라 전과 횡수를 살펴본 결과, 본건이 초범인 경우부터 본건 이전에 총 35회의 범죄전력이 있는 경우까지 분포하였고, 평균 범죄횡수는 3.76회(표준편차 6.18)였다. 기소유예 대상자의 평균 범죄횡수가 치료명령 대상자의 경우보다 유의미하게 낮았다.

본건이 초범인 경우는 83명(35.2%), 재범 이상인 경우는 153명(64.8%)이었다. 재범 이상인 대상자 중 재범~5회 이하인 경우가 96명(40.7%), 6회 이상~10회 이하인 경우는 29명(12.3%), 11회 이상~15회 이상인 경우는 14명(5.9%), 16회 이상인 경우는 14명(5.9%) 등이었다(〈표 4-84〉 참조).

〈표 4-83〉 기소유예 대상자의 전과 유무

구 분	빈도(명)	백분율(%)
초범	83	35.2
재범	153	64.8
합계	236	100.0

〈표 4-84〉 기소유예 대상자의 전과 횡수 (본건 포함 횡수)

구 분	1회	2~5회	6~10회	11~15회	16~20회	21~25회	26~30회	31~35회	36회	합계
빈도(명)	83	96	29	14	4	6	1	1	2	236
백분율(%)	35.2	40.7	12.3	5.9	1.7	2.6	0.4	0.4	0.8	100.0

3) 본건 이전 대인범죄 횟수

상담·치료 조건부 기소유에 대상자의 본건 이전 대인범죄 전력은 최소 0회에서 최대 27회까지 분포하였고, 평균 대인범죄 횟수는 1.61회(표준편차 3.63)이었다. 기소유에 대상자의 평균 대인범죄 횟수가 치료명령 대상자의 경우보다 유의미하게 낮았다.

본건 이전에 대인범죄가 없었던 경우가 134명(57.0%), 본건 이전에 대인범죄 전력 이 있는 경우가 101명(43.0%) 등으로 나타났다. 본건 이전에 1회인 경우가 39명(16.6%), 2회인 경우가 25명(10.7%), 3회인 경우가 9명(3.8%), 4회 이상인 경우가 28명(11.9%) 등이었다.

〈표 4-85〉 기소유에 대상자의 본건 이전 대인범죄 횟수

구 분	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 이상	합계
빈도(명)	134	39	25	9	4	4	3	5	4	1	7	235
백분율(%)	57.0	16.6	10.7	3.8	1.7	1.7	1.3	2.1	1.7	0.4	3.0	100.0

4) 보호관찰 경력

상담·치료 조건부 기소유에 대상자 중 보호관찰 경력이 확인된 237명에 대해 보호관찰 경력을 살펴보면, 본건이 최초 보호관찰 처분인 경우부터 최대 6회의 처분 전력 이 있는 경우까지 있었으며, 평균 보호관찰 횟수는 1.43회(표준편차 0.86)였다. 구체적으로 본건이 최초 보호관찰 처분인 경우가 176명(74.3%), 2회인 경우가 34명(14.3%), 3회인 경우가 16명(6.8%), 4회인 경우가 9명(3.8%)이었고, 5회와 6회인 경우는 각 1명(0.4%)이었다.

〈표 4-86〉 기소유에 대상자의 보호관찰 경력

구 분	1회	2회	3회	4회	5회	6회	합계
빈도(명)	176	34	16	9	1	1	237
백분율(%)	74.3	14.3	6.8	3.8	0.4	0.4	100.0

5) 본건 피해자와의 관계

본건의 범죄 유형을 대물범죄와 대인범죄로 구분하면, 대물범죄가 36명, 대인 범죄가 178명이었다. 이 중 대인 범죄에서의 피해자 유형을 살펴보면, 낯선 사람인 경우가 92명(38.8%), 친족인 경우가 40명(16.9%), 친족 이외에 아는 사람인 경우가 38명(16.05%), 낯선 사람·친족·아는 사람 등이 모두 포함된 경우가 8명(3.4) 등이었다. 기소유예 대상자의 경우, 낯선 사람이 피해자인 비율이 치료명령 대상자보다는 낮지만, 피해자 유형 중 가장 높았다.

〈표 4-87〉 기소유예 대상자의 본건 피해자와의 관계

구 분		빈도(명)	백분율(%)
대인 범죄	친족	40	16.9
	친족 외 아는 사람	38	16.0
	낯선 사람	92	38.8
	중복	8	3.4
대물범죄		36	15.2
미상(결측값 포함)		23	9.7
합계		237	100.0

다. 정신장애 관련 요인

1) 기소유예 처분의 원인 유형

상담·치료 조건부 기소유예 처분 대상자의 정신장애 진단 유형을 치료명령에서의 진단유형과 동일하게, 정신장애 문제, 알코올 문제, 중복 문제로 구분하면, 정신장애 문제 대상자가 186명(78.5%), 알코올 문제 대상자가 35명(14.8%), 중복 문제 대상자가 16명(6.7%) 등이었다.

〈표 4-88〉 기소유예 처분의 원인 유형 구분

구 분	빈도(명)	백분율(%)
정신장애 문제	186	78.5
알코올 문제	35	14.8
중복 문제	16	6.7
합계	237	100.0

2) 정신장애 문제 대상자의 진단 유형 분류

정신장애 문제로 상담·치료 조건부 기소유예를 처분 받은 대상자 186명에 대해 정신장애 진단 유형을 살펴보면, 조현병과 망상장애 등을 포함하는 조현병 스펙트럼 장애 67명(36.0%), 양극성 정동장애 등 양극성 및 관련 장애 25명(13.4%), 우울장애 39명(20.9%), 정신지체와 발달장애 23명(12.4%), 치매 및 기질성 정신장애 7명(3.8%), 충동조절장애 11명(5.9%), 변태성욕 2명(1.1%), 불안 및 강박장애 7명(3.8%), 인격장애 2명(1.1%) 등으로 나타났다.

〈표 4-89〉 정신장애 문제 기소유예 대상자의 진단 유형

구 분	빈도(명)	백분율(%)	비고
조현병 스펙트럼 장애	67	36.0	공존병리 있음
양극성 및 관련 장애	25	13.4	
우울장애	39	20.9	
정신지체, 발달장애	23	12.4	
치매 및 기질성 정신장애	7	3.8	
충동조절장애(공행장애 포함)	11	5.9	
변태 성욕	2	1.1	
불안, 강박장애(PTSD포함)	7	3.8	
인격장애	2	1.1	
진단명 미상	3	1.6	
합계	186	100.0	

3) 정신장애 문제 대상자의 공존병리 유형

정신장애 문제 대상자 186명 중 18명이 2가지 이상의 정신장애를 진단받아, 그 공존병리 세부 현황을 살펴 보았다. 조현병 스펙트럼 장애의 공존병리에는 양극성 정동장애와 지적장애가 있었고, 양극성 및 관련 장애의 공존병리에는 우울장애와 인격장애가 있었다. 우울장애의 경우, 불안 및 강박장애, 지적 장애, 충동조절장애, 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD) 등이 동반되었고, 정신지체와 발달장애의 경우, 충동조절장애와 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD)가 동반되었다. 기질성 정신장애의 경우, 인격장애를 동반한 경우가 있었고, 충동조절장애의 경우, 불안 및 강박장애가 동반되었으며, 변태성욕의 경우 불안 및 강박장애를 동반하였다.

〈표 4-90〉 정신장애 문제 기소유예 대상자의 공존병리 유형

구 분			빈도(명)	백분율(%)
조현병 스펙트럼 장애 (67명)	공존병리	공존병리 없음	64	95.5
		소계	3	4.5
		양극성 및 관련 장애	1	
		지적장애	2	
양극성 및 관련 장애 (25명)	공존병리	공존병리 없음	23	92.0
		소계	2	8.0
		우울장애	1	
		인격장애	1	
우울장애 (39명)	공존병리	공존병리 없음	34	87.2
		소계	5	12.8
		지적장애	1	
		충동조절장애	1	
		불안·강박장애	2	
		ADHD	1	
정신지체, 발달장애 (23)	공존병리	공존병리 없음	20	87.0
		소계	3	13.0
		충동조절장애	2	
		ADHD	1	
치매 및 기질성 정신장애 (7명)	공존병리	공존병리 없음	6	85.7
		소계	1	14.3
		인격장애	1	
충동조절장애 (11명)	공존병리	공존병리 없음	8	72.7
		소계	3	27.3
		불안·강박장애	2	
		불안·강박장애 & ADHD	1	
변태성욕 (2명)	공존병리	공존병리 없음	1	50.0
		소계	1	50.0
		불안·강박장애	1	
합계			174	-

4) 중복 문제 대상자 현황

정신장애 문제와 알코올 문제가 함께 있는 중복 문제 대상자 16명의 공존병리 현황을 살펴보면, 알코올 사용 장애와 동반되는 장애로는 우울장애가 9명(56.4%)으로 가장 높은 비율을 보였고, 이어서 조현병 스펙트럼 장애와 불안강박장애가 각 2명, 양극성 및 관련 장애, 정신지체·발달장애, 충동조절장애 등이 각 1명으로 나타났다.

〈표 4-91〉 중북 문제 기소유에 대상자의 공존 병리 현황

구 분	빈도(명)	백분율(%)
조현병 스펙트럼 장애	2	12.5
양극성 정동장애 및 우울장애	1	6.2
우울장애	9	56.4
정신지체, 발달장애	1	6.2
충동조절장애(品行장애포함)	1	6.2
불안·강박장애(PTSD포함)	2	12.5
합계	16	100.0

3. 정신건강 상담·치료조건부 기소유에 집행 실태

가. 상담·치료의 집행

1) 치료 유형별 현황

정신장애 문제 대상자와 알코올 문제 대상자를 구분하여 치료 유형을 살펴보았다. 정신장애 문제 대상자 211명 중 약물치료만을 실시하는 경우는 136명(64.5%)이었고, 약물치료와 심리치료를 병행하는 경우는 64명(30.3%), 심리치료만 실시하는 경우는 4명(1.9%)이었으며, 기소유에 처분 직후로 치료를 시작하지 못한 경우(비치료)가 2명(0.9%)이었다. 알코올 문제 대상자 중 약물치료만을 실시하는 경우가 29명(53.7%), 약물치료와 심리치료를 병행하는 경우가 13명(24.1%), 심리치료만을 실시하는 경우가 7명(13.0%), 기소유에 처분 직후로 치료를 시작하지 못한 경우(비치료)가 1명(1.8%) 등으로 나타났다.

〈표 4-92〉 기소유에 대상자의 치료 유형별 현황

구 분	정신장애		알코올 사용 장애	
	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)
약물치료	136	64.5	29	53.7
심리치료	4	1.9	7	13.0
약물치료+심리치료	64	30.3	13	24.1
비치료	2	0.9	1	1.8
미상	5	2.4	4	7.4
합계	211	100.0	54	100.0

2) 치료기관 현황

정신장애 문제 대상자와 알코올 문제 대상자를 구분하여 치료기관 유형을 살펴보았다. 정신장애 문제 대상자 중 203명(96.7%)이 병원 및 의원에서 치료받으며, 4% 미만의 대상자는 정신건강복지센터 등에서 치료받고 있었다. 알코올 문제 대상자의 경우에도 병원 및 의원에서 치료받는 경우가 42명(91.3%)이었고, 그 외 중독관리센터, 정신건강복지센터 등에서 치료받고 있었다.

〈표 4-93〉 기소유예 대상자 유형별 치료기관 현황

구 분	정신장애		알코올 사용 장애	
	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)
병원	147	70.0	30	65.2
의원	56	26.7	12	26.1
정신건강복지센터	5	2.3	1	2.2
중독관리센터	0	0	3	6.5
기타	2	1.0	0	0
합계	210	100.0	46	100.0

3) 치료자 유형

치료명령 대상자와 동일하게 기소유예 대상자도 약물치료는 정신건강의학과 전문의에 의해 실시되고, 심리치료는 다양한 유형의 정신건강 전문가에 의해 실시되고 있다. 치료자 유형이 확인된 대상자 98명에 대해 치료자의 자격 요건을 확인한 결과, 정신건강의학과 전문의인 경우 59명(60.2%), 임상심리사인 경우 15명(15.3%), 사회복지사인 경우 10명(10.2%), 간호사인 경우 4명(4.1%), 기타인 경우 10명(10.2%) 등으로 나타났다.

〈표 4-94〉 기소유예 대상자의 심리치료자 유형

구분	전문의	임상심리사	사회복지사	간호사	기타	합계
빈도(명)	59	15	10	4	10	98
백분율(%)	60.2	15.3	10.2	4.1	10.2	100.0

나. 치료비용 부담

기소유예 대상자의 실제 치료 비용 부담 현황을 살펴보면, 대상자가 부담하는 경우가 162명(68.4%)이고, 국가가 부담하는 경우가 57명(24.1%), 보호관찰소에서 원호금 등의 형태로 지원하는 경우가 4명(1.6%) 등이었다.

〈표 4-95〉 기소유예 대상자의 치료비용 부담 현황

구 분	빈도(명)	백분율(%)
대상자 자비 부담	162	68.4
국가 부담	57	24.1
보호관찰기관 등의 지원	2	0.8
기타	2	0.8
미상	14	5.9
합계	237	100.0

다. 상담·치료 종료

2018년 5월 31일까지 상담·치료 조건부 기소유예가 종료된 대상자의 종료 현황을 살펴보면, 전체 종료자 172명 중 157명(91.3%)은 상담치료를 이행한 후 6개월의 기소유예 기간이 경과함에 따라 종료되었고, 12명(7.0%)은 상담치료에 성실히 임하지 않아 기소유예 처분이 취소되었다(〈표 4-96〉 참조).

〈표 4-96〉 기소유예 대상자의 종료 현황

구 분	빈도(명)	백분율(%)
기간경과 종료	157	91.3
선도위탁 취소 종료	12	7.0
사망 종료	3	1.7
합계	172	100.0

선도위탁 취소 종료자 12명을 대상으로 기소유예 처분의 원인 유형에 따른 취소 현황을 살펴보면, 정신장애 문제 대상자가 5명(41.7%), 알코올 문제 대상자가 6명(50.0%), 정신장애 문제와 알코올 문제가 중복된 대상자가 1명(8.3%) 등이었다. 또한,

각 문제유형별 기소유예 취소 비율을 살펴보면, 정신장애 문제가 있는 대상자 중 3.6%, 알코올 문제가 있는 대상자 중 27.3%, 정신장애 문제와 알코올 문제가 중복된 대상자 중 10% 등으로 나타났다(〈표 4-97〉 참조).

〈표 4-97〉 기소유예 대상자 문제유형별 종료 현황

구 분	정신장애 문제		알코올 문제		중복 문제	
	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)
기간경과 종료	132	96.4	16	72.7	9	90.0
선도위탁 취소 종료	5	3.6	6	27.3	1	10.0
합계	137	100.0	22	100.0	10	100.0

4. 정신건강 상담 · 치료조건부 기소유예의 의의

가. 경미 범죄 정신장애인에 대한 다이버전

최근 3년간의 정신장애범죄인 처분 결과¹⁷¹⁾에 따르면, 정신장애범죄인에 대한 구공판 또는 구약식이 각 24% 또는 26%인 반면 기소유예 처분이 32%~34%에 이르는 등, 기소유예 처분 비율이 전체 범죄자의 경우보다 높다. 그러나 단순 기소유예 처분으로는 범죄예방의 효과를 달성하기 어렵기에 기소유예 처분되는 정신장애범죄인에 대한 재범방지 대책이 필요하고, 정신건강 상담 · 치료 조건부 기소유예 제도의 도입으로 불기소 사건에 대해서도 치료적 개입이 가능해졌다. 치료명령 제도와 마찬가지로 정신장애로 인해 경미 범죄를 일으킨 사람에 대해 지역사회 내에서 치료적 개입을 할 수 있는 방법 및 절차를 마련한 것이다.

171) 대검찰청(2018), 2017 범죄분석; 대검찰청(2017), 2016 범죄분석; 대검찰청(2016), 2015 범죄분석.

〈표 4-98〉 정신장애범죄인의 처분 결과

(단위: 명)

구 분 처 분		2014년		2015년		2016년	
		정신장애 범죄자	전체 범죄자	정신장애 범죄자	전체 범죄자	정신장애 범죄자	전체 범죄자
계		5,989	1,846,606	6,583	1,914,233	7,935	1,982,859
기 소	구공판	1,491 (24.9%)	163,969 (8.9%)	1,531 (23.2%)	164,382 (8.6%)	1,980 (24.9%)	189,527 (9.6%)
	구약식	1,614 (26.9%)	540,418 (29.3%)	1,713 (26.0%)	539,778 (28.2%)	2,092 (26.4%)	578,855 (29.2%)
불기 소	기소유예	2,007 (33.5%)	318,686 (17.3%)	2,293 (34.8%)	354,805 (18.5%)	2,554 (32.2%)	357,185 (18.0%)
	혐의없음	202 (3.4%)	316,391 (17.1%)	213 (3.2%)	332,439 (17.4%)	242 (3.0%)	350,457 (17.7%)
	죄가안됨	32 (0.5%)	3,095 (0.2%)	41 (0.6%)	2,964 (0.2%)	32 (0.4%)	3,287 (0.2%)
	공소권없음	269 (4.5%)	312,249 (16.9%)	306 (4.6%)	338,273 (17.7%)	337 (4.2%)	339,591 (17.1%)
보호송치 ¹⁷²⁾		277 (4.6%)	33,214 (1.8%)	363 (5.5%)	43,562 (2.2%)	539 (6.8%)	48,953 (2.5%)
기타 ¹⁷³⁾		97 (1.7%)	158,584 (8.6%)	123 (1.9%)	138,030 (7.2%)	159 (2.1%)	115,004 (5.8%)

※ 출처: 대검찰청 범죄분석 각 년도.

나. 기소유예 대상자의 재범률

법무부 범죄예방정책국에서는 기소유예 대상자의 재범 통계를 산출하지 않는다. 다만, 선도위탁 취소로 종료처리된 대상자를 살펴볼 때, 알코올 문제가 주요 문제이거나 정신장애에 알코올 문제가 동반된 경우 상담치료를 성실히 이행하지 않아 조건부 기소유예가 취소되는 비율이 높아, 이러한 문제를 가진 대상자의 위험성이 높은 것으로 추정할 수 있다.

172) 소년보호, 가정보호, 성매매보호, 아동보호 송치 등 포함.

173) 기소중지, 참고인중지, 공소보류 등 포함.

다. 기소유예 대상자의 치료 순응도

상담·치료 조건부 기소유예 담당 보호관찰관이 기소유예 대상자의 치료 순응도를 약물치료와 심리치료로 구분하여 상·중·하의 세 단계로 평정한 결과는 <표 4-99>와 같다. 약물치료의 경우, 치료 순응도가 '상'인 경우 120명(52.8%), '중'인 경우 88명(38.8%), '하'인 경우 19명(8.4%)이었으며, 심리치료의 경우, 치료 순응도가 '상'인 경우 53명(57.6%), '중'인 경우 31명(33.7%), '하'인 경우 8명(8.7%)이었다. 치료명령 대상자에 비해 약물치료와 심리치료 순응도가 '상'인 비율이 다소 높고 '하'인 비율이 다소 낮지만, 치료 성공을 위해서는 치료 순응도를 향상시킬 수 있는 대책이 필요하다.

<표 4-99> 기소유예 대상자의 치료 순응도

구 분	약물치료		심리치료	
	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)
상	120	52.8	53	57.6
중	88	38.8	31	33.7
하	19	8.4	8	8.7
합계	227	100.0	92	100.0

제5절 소결

정신장애인 범죄에 대한 사회적 두려움에 비해 정신장애를 가진 사람에 의한 범죄의 빈도는 높지 않으며, 대다수 정신장애인의 경우 범죄 위험성이 있거나 또는 위험성이 높다고 할 수는 없다. 그러나 이미 범죄를 저지른 전력이 있다면, 그의 정신장애 여부는 재범의 위험 요인이자 범죄유발요인인 바, 형사사법체계에서 주요한 관리 대상이 되어야 한다. 정신장애범죄인은 정신장애로 인해 합리적 사고가 어렵고 분별력과 자기 통제력이 약화되어 있어, 정신장애에 대한 적절한 치료를 통해 증상이 관리, 조절되지 않을 경우 재차 범죄를 행할 위험성을 예상할 수 있다. 그럼에도 정신장애범죄인은 병식이 부족하고 정신장애를 치료가 필요한 문제로 인식하지 못해 치료에 대한 동기와 의지가 미약한 경우가 많아, 재범의 악순환을 끊기 위해서는 치료 및

치료 유지 의무를 부과하고 관리하는 형사사법적 제도가 필요하다. 실제로 치료감호소 출소자 인원 대비 3년 이내 재입소자 비율이 최대 19%에 이르고 평균 10% 이상인 점,¹⁷⁴⁾ 치료감호 가종료자의 재범률, 정신장애범죄인의 높은 재범 비율 등은 치료적 처우가 강화되어야 할 것임을 이야기하고 있다.

이러한 필요성 속에서 치료감호 가종료자 및 치료감호기간 만료 출소자에 대한 보호관찰 제도, 경미한 범죄를 저지른 주취·정신장애인에 대한 치료명령 제도, 정신건강 상담·치료 조건부 기소유예 제도가 도입되어, 해당 대상자들이 지역사회 내에서 생활하며 보호관찰소의 전담 보호관찰관에 의해 관리감독을 받고 있다.

2018년 5월 31일 현재 보호관찰소에서 관리 중인 지역 사회내의 정신장애범죄인들은 직업적, 경제적으로 열악한 환경에 있으며, 배우자 등을 통한 정서적 지지도 미흡한 것으로 나타났다. 범죄 전력이 있고 보호관찰 경력이 2회 이상인 경우가 많았으며, 본건의 범죄 유형으로는 폭력 및 강력범죄의 비율이 높았고, 피해자는 낯선 사람으로 소위 '묻지마 범죄'의 유형을 나타내고 있었다. 정신장애의 유형으로는 조현병이 가장 많았고, 알코올 사용 문제를 가지고 있거나, 정신장애와 알코올사용장애를 함께 가지고 있기도 하였다.

치료감호가 가종료되어 보호관찰 중인 정신장애범죄인의 재범률은 일반 성인 보호관찰 대상자의 재범률보다 최대 2배 이상 높았으나, 재범률을 수치만으로 상대적 비교를 실시하는 것은 바람직하지 않으며, 재범의 원인에 대한 실증적 연구가 필요하다. 치료명령 보호관찰 대상자의 경우, 정신장애와 알코올사용문제가 중복된 대상자의 위험성이 높을 것으로 추정되는 바, 정신장애와 알코올 사용문제가 중복된 대상자에 대해서는 더욱 강도 높은 지도감독과 치료 유지가 중요하다.

의학, 과학 기술의 진보와 함께 정신장애범죄인의 치료 및 재활, 재사회화를 위한 다양한 수단이 형사사법제도에 제공되고 있으며, 이와 함께 정신장애범죄인 관리의 효과를 높이기 위한 개선 방안들에 대한 검토가 필요하다. 적절한 대상자가 선정되어야 하고, 치료적 처우의 전문성을 높이고 효율적으로 집행되도록 제도를 개선, 보완하여야 할 것이다.

정신장애범죄인에 대한 지역사회내 관리는 정신장애의 치료 유지에 우선적으로

174) 법무연수원(2018), 2017 범죄백서, 564쪽.

집중하며, 증상 관리와 함께 필요한 사회경제적 지원을 실시하여 재범과 관련될 수 있는 다양한 취약성을 제거하여야 한다. 정신장애는 완치의 개념보다 평생 관리의 개념으로 접근해야 하며, 평생 동안의 관리를 위해 시설 내에서의 구금치료와 지역사회 내 치료적 처우는 긴밀히 연계되어야 하고, 형사사법기관과 정신보건기관과의 협력이 매우 중요하다. 이를 통해 사회 공공의 안전을 보호하고, 정신장애범죄인 개인의 인권 보장과 복지 증진에도 기여할 수 있을 것이다.

제 5 장

○ 주요 외국의 정신장애범죄인 지역사회 내 치료처우 관련 법제도

안 성 훈

주요 외국의 정신장애범죄인 지역사회 내 치료처우 관련 법제도

제1절 미국

1. 강제입원제도

미국에서는 범죄를 저지른 자가 자신에 대한 방어수단으로서 정신이상을 이유로 들어 무죄(Not guilty by reason of insanity)라는 항변(Insanity defense)을 하고, 그러한 항변이 받아들여져 무죄가 선고되는 사건들이 있었다. 미국에서의 정신질환 범죄자의 처벌 여부에 관한 기본 원칙이기도 하지만 일반 시민들로서는 그 결과를 납득하기 어려웠고, 그러한 원칙의 폐지 내지 수정을 요구하는 목소리가 높았다. 그러한 결과 범죄자의 정신이상(Insanity)을 인정하기 위해서는 엄격한 여러 요건을 요구하는 Test (기준) 이론을 발전시켜왔다. 한편 이러한 원칙과 이론에 의해 피고인에게 무죄가 선고 되더라도 피고인이 바로 석방되어 사회로 돌아가는 것이 아니라 정신병원에 수용되어 치료를 받게 된다. 그 외에도 외래치료명령제도, 정신보건법정(정신질환자 치료법원, Mental Health Court) 등이 미국 정신질환자에 대한 관리제도로써 시행되고 있다.

미국의 많은 주에서의 정신장애범죄인에 대한 치료처우는 정신장애범죄인의 항변으로 정신이상(Insanity)과 정신장애(Mentally Ill)를 구별하여 ① 정신이상으로 판단되면 무죄로 하고 대상자를 정신병원에 강제입원을 시켜 치료와 보호·관리를 하는 제도(Not guilty by reason of insanity(NGRI))와, ② 정신장애로 판단되면 일단 유죄를 인정하고 치료감호를 통한 치료를 한 후에 처벌을 하는 제도로 구분되어 운영되고 있다(Guilty but mentally ill(GBMI)).

가. NGRI(Not Guilty by Reason of Insanity)

①의 경우와 같이 Not guilty by reason of insanity(NGRI)의 경우에는 무죄로 인하여 완전히 자유의 몸이 되는 경우는 극히 드물고, 정신병동에 강제입원이 이루어지게 되는데, 입원 절차는 자동입원(Automatic commitment)과 임의입원(Discretionary commitment)으로 구분된다. 많은 주에서는 피고인이 NGRI로 판단되면 법원은 자동적으로 피고인에 대한 보호와 치료에 적합한 정신의료시설로의 강제입원을 명령을 내려 감독과 보호 하에 두며,¹⁷⁵⁾ 입원기간은 정해져 있지 않고 판사가 이들의 자·타해 위험성이 없다고 판단할 때까지 시설에 수용된다.¹⁷⁶⁾ 따라서 본인의 범법행위에 해당하는 형량보다 더 오래 구금되는 경우도 발생할 수 있는데, 이와 관련하여 미연방 대법원은 Jones v. U. S.(1983) 사건에서 정신질환 범죄자가 정신이상으로 인한 무죄 평결을 받은 경우 그가 계속하여 정신질환을 앓고 있고, 본인 또는 다른 사람에게 위험이 된다면 그가 유죄 판결을 받았을 경우 수감되었을 기간보다 더 장기간 수용될 수 있다고 판결하였다.¹⁷⁷⁾

이에 비해 일부 주에서는 임의입원(Discretionary commitment)을 인정하고 있는데, 이 경우 NGRI로 판단된 피고인이 자동으로 정신병동에 입원하지 않는다. 대신에 예심판사가 NGRI로 판단된 사람을 무기한으로 입원시킬지 여부를 결정하기 위한 관찰과 검사를 위해 그를 정신병동시설에 임시적으로 유치할 것을 명할 권한을 가지고 있다. 연방법에 의해 입원여부를 결정하는 심리를 NGRI 평결로부터 40일 이내에 개최하게 되어 있다. 그 동안에 석방된 사람은 정신병동에 유치된다. 만약 피고인의 사건이 다른 사람의 신체 상해나 심각한 재산상의 위협을 가한 경우라면 피고인측은 자신이 정신병동에 입원할 필요가 없는 상태임을 입증해야 한다.¹⁷⁸⁾

175) 이러한 피고인의 경우에는 피고인이 범행 당시가 아닌 현재에도 위험한 요소를 지니고 있거나 정신적으로 병을 앓고 있다는 판단을 하지 않는다. 그 이유는 실제 재판에서 NGRI 판결을 받은 것 자체가 지금 현재에도 피고인이 입원이 필요한 정신질환을 앓고 있다고 판단하기에 충분하다고 보기 때문이다. 따라서 NGRI가 인정된 피고인은 실제 그러한 입원이 필요한지 여부를 판단하는 심리를 요구할 수 있는 권리가 없다. 윤석주(2018), 앞의 논문, 43쪽.

176) 윤정숙/탁희성(2014), “정신질환자 관리실태와 범죄예방대책”, 연구용역보고서, 대검찰청, 83쪽.

177) 윤석주(2018), 앞의 논문, 44쪽.

178) 위의 논문, 43쪽.

나. Guilty but mentally ill(GBMI)

미국의 일부 주에서는 배심원의 기존 평결 옵션인 Guilty, Not guilty, Not guilty by reason of insanity에 이어 Guilty but mentally ill(GBMI)이란 평결 옵션을 추가하여 평결을 하고 있는데, 이러한 주에서는 만일 배심원이 피고인이 범행 당시에 정신이 상이 있었다고 판단하면 NGRI로 판단하지만, 만약 피고인의 범행이 입증되고 범행 당시에 정상이었는데 실제 재판 당시에 Mentally ill한 경우 GBMI로 평결한다. GBMI로 평결받은 피고인의 경우 일반적인 Guilty 평결을 받은 피고인과 동일하게 형량을 받지만, 판결을 받은 이후 교도소 또는 정신병동에서 정신질환 치료를 받게 된다. 만약 형기 중 치료가 완료된 경우 나머지 형기 동안 교도소에 구금된다.¹⁷⁹⁾

2. 외래치료명령제도

미국의 외래치료명령제도는 1999년 1월에 처방된 약을 복용하지 않은 정신질환자가 뉴욕 지하철역에서 켄드라 웹데일(Kendra Webdale)이라는 젊은 여성을 떠밀어 사망하게 한 사건을 계기로 뉴욕 주에서 뉴욕 정신보건법(New York Mental Hygiene Law) §9.60이 개정되면서 도입되었다.¹⁸⁰⁾

가. 주요 내용

외래환자의 치료는 다수가 한 팀이 되어 환자를 치료하는 개인별 질병관리서비스(case management services) 형태로 운영되고 있다. 구체적으로 서비스팀은 환자의 주거지에 대한 감독을 하고 환자의 상태를 잘 관찰하여 질환이 재발되거나 악화될 것이 예견되는 경우에 이를 예방하고, 또한 정신질환자가 필요한 의료서비스를 받으면서 지역사회에 잘 적응하며 거주할 수 있도록 계획하고 지원하는 포괄적인 서비스를 제공하는 역할을 수행하고 있다.¹⁸¹⁾

179) 위의 논문, 44~45쪽.

180) 이하 기술하는 외래치료명령제도의 주요 내용 및 절차, 요건은 뉴욕주 정신보건법 §9.60의 내용을 기준으로 신은주(2010), “미국과 뉴질랜드에 있어서 정신질환자의 외래치료명령제도”와 윤석주(2018), 앞의 논문 45-48쪽의 내용을 인용하여 정리하였다.

181) 신은주(2010), “미국과 뉴질랜드에 있어서 정신질환자의 외래치료명령제도”, 124쪽.

외래치료의 내용으로서 환자에 대한 약의 강제복용 여부와 관련하여 뉴욕 주를 비롯한 많은 주에서는 양의 복용을 명할 수는 있으나, “환자가 이를 위반하는 경우에 이를 강제하거나 이에 대한 어떠한 형태의 처벌을 부과하는 등의 강제적인 조치를 마련하고 있지 않다”.¹⁸²⁾ 그러나 조지아 주의 경우에는 약물치료가 필요한 경우에 환자로 하여금 강제로 약물을 복용하도록 하여, 강제로 외래치료를 실시하고 있다.¹⁸³⁾

나. 외래치료명령의 요건

외래치료명령의 기준은 첫째, 18세 이상인 환자가 정신질환을 가지고 있어야 하고 가족, 친구 또는 타인의 감독이 없는 지역사회에서 안전한 생활이 곤란해야 한다. 둘째, 환자가 적어도 지난 36개월 이내에 병원에 불가피하게 입원해야 하는 상당한 요인이 2회 존재하거나 지역 교정당국의 정신보건시설에서 의료서비스를 받은 적이 있는 경우 혹은 지난 48개월 이내에 자신 혹은 타인에 대해 심각한 폭력행위를 한번 혹은 그 이상 행하였거나 자신 또는 타인에게 심각한 물질적 손해를 가하는 위험을 초래하였거나 초래할 염려가 있는 경우에 그 자가 정신질환에 대한 치료를 따르지 않은 이력을 가지고 있어야 한다. 셋째, 환자가 자발적으로 치료에 참여할 것 같지 않아야 한다. 넷째, 환자의 치료이력과 현재의 행동에 비추어서 자신 또는 타인에게 심각한 손해를 초래할 우려가 있어야 하며 마지막으로 환자가 조력적 외래치료로부터 이익을 얻을 수 있어야 한다.¹⁸⁴⁾

다. 외래치료명령의 절차

외래치료명령은 신청 대상자와 거주하고 있는 18세 이상인 자나 신청 대상자의 부모, 배우자, 18세 이상의 형제자매 및 자녀가 할 수 있다. 또한 신청 대상자가 현재 입원하고 있는 병원의 장, 그에게 정신보건서비스를 제공하고 있는 공적 기관의 장이나 신청 대상자에 대하여 치료를 감독하거나 치료할 자격이 있는 정신과의사도 신청

182) 신은주(2010), “미국과 뉴질랜드에 있어서 정신질환자의 외래치료명령제도”, 125쪽.

183) 윤석주(2018), 앞의 논문, 46쪽.

184) New York Mental Hygiene Law § 9.60; 신은주(2010), “미국과 뉴질랜드에 있어서 정신질환자의 외래치료명령제도”, 47쪽.

할 수 있다. 이 밖에 지역사회에서의 정시보건서비스의 기관장 혹은 서비스담당공무원 혹은 신청 대상자를 감독하도록 임명된 가석방공무원 혹은 보호관찰공무원도 외래치료명령을 신청할 수 있다.¹⁸⁵⁾

신청서가 수리되면 법원은 청문절차를 거쳐 신청자가 강제적인 외래치료요건에 부합하는 것으로 판단한 경우에 법원은 6개월을 초과하지 않는 범위에서 최초의 강제적인 외래치료를 받도록 명하여야 한다. 법원이 신청 대상자에게 항정신성 의약품을 투약할 필요가 있다고 판단한 경우에는 신청 대상자 자신에 의하여 자가투여 하거나 자격 있는 자에 의하여 그러한 의약품을 투여하도록 의약품의 종류나 투여량을 명확히 표시하여 이를 투여하도록 명할 수 있다.¹⁸⁶⁾

라. 외래치료명령에 따르지 않는 경우

신청 대상자가 명령된 외래치료를 받지 않는 경우에 법원은 그 자가 입원이 필요한 정도의 정신질환을 가지고 있는지 여부를 판단하기 위하여 적합한 병원에 그 환자를 이송하도록 지시하고 이를 집행할 자를 지정한다. 이에 따라 그 공무원은 지시된 업무를 수행하기 위하여 지정된 병원 혹은 조력적 외래치료프로그램을 수행하고 있는 병원에 그 환자를 이송해야 한다. 그 후 환자가 병원에 입원하여 강제적인 치료를 받을 필요가 있는지 여부를 결정하기 위하여 진찰, 관찰, 검사 등을 받도록 72시간 이내의 범위에서 병원에 수용될 수 있다. 만약 72시간 이내의 범위에서 그 자가 강제입원이 불필요하다고 의사가 판단하면 그 자는 병원에서 퇴원시켜야 한다. 또한 신청 대상자가 강제적인 치료명령에 따르지 않은 것이 강제입원 혹은 법정모독죄의 처벌사유로 되지는 않는다.¹⁸⁷⁾

185) New York Mental Hygiene Law § 9.60(e)(1); 신은주(2010), “미국과 뉴질랜드에 있어서 정신질환자의 외래치료명령제도”, 127쪽.

186) New York Mental Hygiene Law § 9.60(j); 신은주(2010), “미국과 뉴질랜드에 있어서 정신질환자의 외래치료명령제도”, 129쪽.

187) New York Mental Hygiene Law § 9.60(n); 신은주(2010), “미국과 뉴질랜드에 있어서 정신질환자의 외래치료명령제도”, 129쪽.

제2절 독일

1. 정신장애범죄인에 대한 치료감호제도¹⁸⁸⁾

독일 형법 제63조는 “책임무능력 또는 한정책임능력의 상태에서 위법한 행위를 범한 경우에 행위자의 그러한 상태에 기인하여 상당히 위법한 행위가 예견되고, 그로 인하여 일반시민에게 위협하다는 점이 행위자 및 행위의 종합평가에서 나타나는 경우에 법원은 정신병원 수용을 명한다”고 규정하고 있어, 정신장애범죄인에 대한 정신병원 수용명령을 선고하는 경우에 금단시설 수용을 규정한 독일 형법 제64조에서와 같은 치료의 필요성이나 치료가능성이 요건으로 요구되지 않는다. 이에 따라 치료가 가능성이 없는 만성 정신장애인의 경우에도 사회 일반의 안전을 위하여 정신병원 수용명령의 대상이 된다.

이러한 점에서 독일의 정신장애범죄인에 대한 치료감호제도는, 책임무능력 또는 한정책임능력의 상태에서 위법행위를 범하였고 이로 인하여 장래에 다른 중대한 범죄를 저지를 것이 예상되는 정신장애인으로부터 사회의 안전을 보호하는 것을 목적으로 하고 있다는 것이 다수의 견해이다.¹⁸⁹⁾

가. 치료감호 대상자 및 요건

치료감호대상자는 책임무능력 또는 한정책임능력의 상태에서 위법한 행위를 범한 자이다. 치료감호의 요건은 행위자와 행위를 종합하여 평가한 결과, 행위자가 자신의 상태로 인하여 현저한 위법행위를 범할 것으로 예상되고, 그에 따라 일반시민에게 위협하다는 위험성 요건이 충족되어야 한다(독일형법 제63조). 위험성 판단의 기준이 되는 시점은 사실심 판결 선고 시점이다. 다만, 행위 당시와 판결 선고시점에 있어 변경된 사정도 고려해야 한다.¹⁹⁰⁾ 법원은 형법 제63조의 요건이 충족될 경우에 반드시

188) 독일의 정신장애범죄인에 대한 치료감호제도 및 사회 내 처우와 관련하여서는 이곤호(2014), “독일의 정신장애범죄인에 대한 사회 내 치료제도 연구”, 국외훈련검사 연구논문집 제29집의 내용을 인용하여 정리하였다.

189) 위의 논문, 205쪽.

190) 위의 논문, 208쪽.

정신병원 수용명령을 선고해야 한다. 치료가능성은 정신병원 수용명령의 요건이 아니다. 따라서 치료가능성이 없거나 보다 완화된 방법으로 치료가 가능하더라도 수용명령을 선고해야 한다. 다만, 법원이 정신병원 수용을 명하는 경우, 특별한 상황에 의하여 보호관찰조건부 집행유예를 통해서도 그 목적을 달성시킬 수 있다는 기대가 입증되는 경우에 한하여, 정신병원 수용의 집행을 보호관찰을 조건으로 유예할 수 있다(독일 형법 제67조의b).¹⁹¹⁾ 치료감호 요건에 대한 구체적인 내용은 아래와 같다.¹⁹²⁾

- ① 행위자가 장래에 위법행위를 범할 고도의 개연성이 있어야 한다. 잠재적인 위험과 같이 단순한 범행 반복의 가능성만으로 충분하지 않다. 고도의 개연성이 있는지 여부는, 행위자, 과거 전력, 정신장애의 정도 등을 포함하여 종합적인 평가가 이루어져야 한다. 그리고 장래는, 예측이 가능한 가까운 장래를 의미한다. 예컨대, 행위자가 오랜 기간 동안 범죄를 저지르지 않았다는 사정은 장래에 위법행위를 범할 개연성에 반대되는 중요한 징표가 된다.
- ② 장래에 예견되는 위법행위는 현저해야 한다. 경미한 절도, 경미한 사기, 무전취식, 징역 2월 내지 5월이 예상되는 주거침입 등 경미한 범죄가 예상되는 경우에 현저한 위법행위가 예견된다고 할 수 없다. 그러나 현저한 위법행위가 생명이나 신체에 대한 침해에 제한되지 않으므로 중대한 재산범죄가 예견되는 경우에도 정신병원 수용명령이 선고될 수 있다.
- ③ 행위자가 예견되는 위법행위로 인하여 중대한 법적 평온을 침해할 사회적 위험성이 있어야 한다. 사회적 위험성이란, 불특정 다수인에 대한 위험성에 제한되지 않고, 특정 혹은 소수의 개인에 대한 위험성도 포함하고 있다. 그런데 특정 혹은 소수의 개인에 대한 관계에서 갈등을 일으켰던 원인관계가 종국적으로 해소되었을 경우에 더 이상 사회적 위험성은 인정되지 않는다.
- ④ 행위자의 위험성은 행위자의 책임능력의 결함상태에서 유래해야 한다.

191) 제67조b【(수용)명령과 동시에 유예】 ① 법원이 정신병원 수용 또는 금단시설 수용을 명하는 경우, 특별한 상황에 의해 보호관찰조건부 집행유예를 통해서도 보안처분의 목적을 달성시킬 수 있다는 기대가 입증되는 경우에는 동시에 그 정신병원 수용 및 금단시설 수용의 집행을 보호관찰을 조건으로 유예한다. 자유형이 보안처분과 동시에 판결되고 보호관찰조건부 형집행유예를 받지 않아서 행위자가 자유형을 집행 받아야만 하는 경우에는 보안처분을 유예하지 아니한다.

② 보안처분유예와 함께 행장감독을 개시한다.

192) 치료감호 요건의 구체적인 내용은 이근호(2014), 앞의 논문, 208-209쪽 인용.

- ⑤ 앞에서 살펴본 바와 같이, 치료가능성이나 치료필요성은 정신병원 수용명령의 요건에 해당하지 않는다.

나. 치료감호기간 및 종료

정신장애범죄인에 대한 치료감호 수용기간의 상한은 정해져 있지 않다. 따라서 독일형법 제67조의e 제2항에 의거하여 보안처분집행에 요구되는 정기심사가 정신병원 수용에서 매우 중요한 역할을 하고 있다. 법원은 정신병원에 수용된 후 1년이 경과되기 앞서서 정신병원 수용을 계속 집행할 것인지, 그 집행을 보호관찰을 조건으로 유예할 것인지 또는 종료를 명할 것인지를 심사하도록 규정하고 있고, 경우에 따라서는 1년의 기간이 경과되기 전에도 심사할 수 있도록 규정하고 있다.¹⁹³⁾

한편, 독일 형법 제67조의d 제6항은 보안처분의 집행개시 이후에 보안처분의 조건이 더 이상 존재하지 않거나 보안처분의 계속 집행이 비례성에 반하는 것으로 밝혀지는 경우에 보안처분의 종료를 명하고, 이후 수용집행으로부터의 석방과 함께 행장감독을 개시하도록 규정하고 있다. 행장감독 또한 당사자가 행장감독 없이도 범죄행위를 더 이상 범하지 않을 것으로 기대할 수 있는 경우에는 법원은 행장감독을 개시하지 않을 것을 명한다.¹⁹⁴⁾

193) 제67조e[심사] ① 법원은 수용의 계속집행을 보호관찰을 조건으로 유예할 것인지 또는 종료를 명할 것인지를 언제라도 심사할 수 있다. 특정된 기간의 경과에 앞서 이를 심사해야만 한다.

② 수용에 있어 (특정된) 기간은 다음과 같다.

금단시설 수용은 6개월

정신병원 수용은 1년

보안감호 수용은 2년

③ 법원은 그 기간을 단축할 수 있다. 법원은 그(기간의) 경과에 앞서 심사신청을 허용하지 않는 기간을 법적 심사기간의 범위 내에서 확정할 수 있다.

④ 기간은 수용의 개시와 함께 진행된다. 법원이 유예 또는 종료명령을 기각하는 경우, 기간은 결정과 함께 새롭게 개시된다.

194) 제67조d[수용의 기간] ① 금단시설 수용은 2년을 초과해서는 아니 된다. 기간은 수용의 개시로부터 진행된다. 자유형에 앞서 그와 함께 명해진 자유박탈적 보안처분을 집행하는 경우, 보안처분집행의 기간이 형벌에 산정되는 한, (보안처분의) 상한은 자유형의 기간까지 연장된다.

② 상한이 정해지지 않거나 또는 기간이 아직 경과하지 않은 경우, 법원은 피수용자가 보안처분집행 없이도 위법한 행위를 더 이상 범하지 않을 것이 기대되는 경우에는 수용의 계속집행을 보호관찰을 조건으로 유예한다. 보안처분유예와 함께 행장감독을 개시한다.

③ 보안감호 수용이 10년 집행된 경우, 법원은 피수용자가 자신의 습벽으로 인해 피해자에게 정신적 또는 신체적으로 중하게 침해를 주게 되는 중한 범죄를 범할 위험이 존재하지 않는 경우에는 보안처분의 종료를 선고한다. 종료와 함께 행장감독을 개시한다.

2. 정신장애범죄인에 대한 사회 내 처우제도

독일 형집행법 제138조 제1항은 “정신병원 수용 또는 금단시설 수용은 연방법(聯邦法)에 특별한 규정이 없는 한 주법(州法)에 의한다”고 규정하고 있다. 따라서 독일의 각 주는 정신장애범죄인 등에 대한 정신병원 수용을 집행하기 위하여 보안처분집행법, 수용법상 특별규정, 정신질환자법 등 다양한 입법 형태를 취하고 있다.¹⁹⁵⁾

치료감호의 구체적인 집행방법은 주별로 다르나 크게 사범정신병원에 수용하여 보호·치료를 하는 시설 내 처우와 외부에 있는 중간처우시설 등에서 보호·치료를 하는 사회 내 처우로 구분된다. 이하에서는 베를린 주를 중심으로 정신장애범죄인에 대한 사회 내 처우제도를 수용 단계와 출소 이후 단계로 구분하여 살펴보고자 한다.¹⁹⁶⁾

가. 시설 내 처우에 있어서의 개방수용의 원칙

독일의 경우 최근 탈시설치료의 중요성이 강조되면서 사회 내 처우가 점차 확대되고 있는 추세에 있는데, 베를린 주도 이러한 원칙 하에 정신장애범죄인에 대한 처우를 실시하고 있다.¹⁹⁷⁾

베를린 주 정신질환자법은 “시설에 수용한 원호는 원호의 목적이 다른 방법으로 달성될 수 없는 경우에 한하여 이루어져야 한다”고 규정하고 있다(제4조 제1항 제2문). 따라서 정신병원 수용명령을 선고받은 정신장애범죄인 등 베를린주에 거주하는 정신장애인¹⁹⁸⁾에 대한 치료 및 원호는 정상적으로 사회생활을 영위하는 가운데 병원 이외

④ 상한이 경과한 경우, 피수용자는 석방된다. 보안처분은 그와 함께 종료된다. 수용집행으로부터의 석방과 함께 행장감독을 개시한다.

⑤ 제64조 제2문의 조건이 더 이상 존재하지 않는 경우에 법원은 금단시설 수용을 종료한다. 수용집행으로부터의 석방과 함께 행장감독을 개시한다.

⑥ 법원은 정신병원 수용의 집행개시 이후에 보안처분의 조건이 더 이상 존재하지 않거나 또는 보안처분의 계속 집행이 비례성에 반하는 것으로 밝혀진 경우, 보안처분의 종료를 명한다. 수용집행으로부터의 석방과 함께 행장감독을 개시한다. 법원은 당사자가 행장감독 없이도 범죄행위를 더 이상 범하지 않을 것으로 기대할 수 있는 경우에는 행장감독을 개시하지 않을 것을 명한다.

195) 이곤호(2014), 앞의 논문, 210-211쪽.

196) 이하의 내용은 이곤호(2014), 위의 논문, 210-218쪽의 내용을 인용 정리하였다.

197) 위의 논문, 211쪽.

198) 베를린 주 정신질환자법은, 형법 제63조에 의하여 정신병원 수용명령을 선고받은 정신장애범죄인 등에 대한 치료감호의 집행 이외에 동법에 의하여 수용된 정신장애인의 수용에도 적용된다. 위의 논문, 212쪽.

에서 이루어짐을 원칙으로 하고 있다.

베를린 주 정신질환자법은 제36조 제1항에서 개방수용의 원칙이 정신장애범죄인에 대한 정신병원 수용명령의 집행에 적용되는 요건으로 “수용은, 그 목적이 허용되는 즉시, 추구하는 치료의 목적을 달성하기 위하여 가능한 완화되고 점진적으로 자유로운 형태로 집행되어야 한다”고 규정하고 있다. 이에 따라서 “정신병원 수용명령의 집행은 수용의 목적, 즉 위험한 정신장애범죄인으로부터 사회를 보호한다는 목적에 위배되는 않는 한, 즉시 경감되고 자유로운 형태로 이루어져야 하고, 경감되고 완화된 조치는 시설 내에서 보호와 치료에 적용될 뿐만 아니라, 궁극적으로 개방시설에서의 보호와 치료를 지향”한다.¹⁹⁹⁾ 개방수용의 구체적 요건으로는 ① 개방수용이 피수용자의 치료에 유용할 것, ② 피수용자가 수용과 결합되어 있는 요구사항을 충족시킬 것, ③ 피수용자가 개방수용의 기회를 남용할 위험성이 없을 것, ④ 피수용자의 의사에 반하지 않을 것이 요구된다(동법 제36조 제2항). 따라서 피수용자가 가지고 있던 정신 질환이나 정신질환으로 인한 위험성이 상당 정도로 경감되지 않은 상태에서 단순히 장기간 수용되어 있다거나 혹은 완치가가능성이 없다는 사정만으로 개방수용을 할 수 없고, 환자의 의사에 반하여 개방시설로 옮겨져 치료가 강제될 수 없다.²⁰⁰⁾

나. 출소 이후의 사회 내 치료제도

1) 행장감독

정신장애범죄인에 대한 보안처분의 집행이 보호관찰을 조건으로 유예되거나 그 집행이 종료되어 정신장애범죄인이 석방되는 경우²⁰¹⁾에 법률에 근거하여 즉시 행장감독

199) 위의 논문, 213쪽.

200) 위의 논문, 213쪽.

201) 법원이 정신장애범죄인에 대하여 정신병원 수용명령을 선고하는 경우에 특별한 상황에 의하여 보호관찰조건부 집행유예를 통해서도 보안처분의 목적을 달성할 수 있다는 기대가 입증되는 경우에는 동시에 정신병원 수용의 집행을 보호관찰을 조건으로 유예할 수 있다(독일 형법 제67조의b 제1항). 또한, 법원은 동시에 명하여진 보안처분 수용에 앞서 자유형을 집행하는 경우에 형벌집행의 종료에 앞서서 보안처분의 집행이 보안처분수용을 아직도 필요로 하는지 여부를 심사해야 하는 데 그 필요성이 인정되지 않을 경우에 보안처분수용의 집행을 유예한다(독일 형법 제67조의c 제1항). 그리고 수용의 집행이, 수용명령의 확정 이후에 3년 동안 개시되지 않고 보안처분의 목적이 달성되지 않았지만, 특별한 상황이 유예를 통해서 보안처분의 목적이 달성될 수 있다는 기대를 입증시키는 경우에, 법원은 보호관찰을 조건으로 보안처분수용의 집행을 유예한다(독일 형법 제67조의c 제2항). 그 외에 법원은 정신병원 수용의 집행 개

이 개시된다(독일 형법 제67조의b 제2항).²⁰²⁾ 그리고 법원은 피선고자에게 행장감독의 전부 또는 일부기간 동안 (직업)훈련, 직업, 여가, 경제적 관계 또는 부양의무의 이행 등과 관련된 자세한 준수사항을 부과할 수 있는데, 특히 피선고자에게 정신, 심리 또는 사회치료를 받도록 하라는 치료준수사항을 지시할 수 있다(독일형법 제68조b).²⁰³⁾

행장감독의 기간은 2년 이상 5년 이하로 하는 것이 원칙이지만, 대상자가 일반준수 사항과 치료 또는 금단요법을 받으라는 준수사항에 복종하지 않거나 또는 치료준수사

시 이후에 보안처분의 조건이 더 이상 존재하지 않거나 보안처분의 계속 집행이 비례성에 반하는 것으로 밝혀진 경우에 보안처분의 종료를 명한다.

- 202) 제67조b【(수용)명령과 동시에 유예】 ① 법원이 정신병원 수용 또는 금단시설 수용을 명하는 경우, 특별한 상황에 의해 보호관찰조건부 집행유예를 통해서도 보안처분의 목적을 달성시킬 수 있다는 기대가 입증되는 경우에는 동시에 그 정신병원 수용 및 금단시설 수용의 집행을 보호관찰을 조건으로 유예한다. 자유형이 보안처분과 동시에 판결되고 보호관찰조건부 형집행유예를 받지 않아서 행위자가 자유형을 집행 받아야만 하는 경우에는 보안처분을 유예하지 아니한다.

② 보안처분유예와 함께 행장감독을 개시한다.

- 203) 제68조b【준수사항】 ① 법원은 피선고자에게 행장감독의 전부 또는 일부 기간을 위하여 다음 사항을 지시할 수 있다.

1. 주거지 또는 체류지 또는 일정한 범위를 감독청의 허락 없이 떠나지 말 것
 2. 재범의 기회 또는 자극을 줄 수 있는 특정한 장소에 머물지 말 것
 3. 재범의 기회 또는 자극을 줄 수 있는 피해자 또는 특정한 사람 또는 특정한 그룹의 사람을 접촉하거나 교류하거나 채용하거나 훈련시키거나 또는 숙박시키지 말 것
 4. 상황에 따라 범죄행위에 악용될 수 있는 특정한 활동을 하지 말 것
 5. 재범의 기회 또는 자극을 줄 수 있는 특정한 물건을 소지하거나, 휴대하거나 또는 보관하지 말 것
 6. 상황에 따라 범죄행위에 악용될 수 있는 자동차, 특정한 종류의 자동차 또는 다른 운송수단을 보유하거나, 운전하지 말 것
 7. 특정한 시간에 감독청, 특정한 관청 또는 보호관찰관에게 신고할 것
 8. 주거지 또는 직장을 변경할 때마다 즉시 감독청에 신고할 것
 9. 실직한 경우 관할 직업중개소 또는 직업알선이 허락된 다른 관청에 신고할 것
 10. 특별한 사실에 근거하여 알코올, 기타 각성제의 소비가 재범을 유발한다는 사유가 존재하는 경우에 알코올 음료 또는 기타 각성제를 복용하지 말고, 신체적 침해와 관련되지 않는 알코올이나 중독물질통제를 받을 것
 11. 특정시간에 또는 정해진 간격으로 의사, 심리치료사 또는 법정병원에 갈 것
- 법원은 준수사항에 금지행위 또는 요구행위를 정확하게 결정해야만 한다.

② 법원은 피선고자에게 행장감독의 전부 또는 일부기간 동안 특히 (직업)훈련, 직업, 여가, 경제적 관계 또는 부양의무의 이행 등과 관련된 더 자세한 준수사항을 부과할 수 있다. 법원은 피선고자에게 특히 정신, 심리 또는 사회치료를 받도록 하라고(치료준수사항) 지시할 수 있다. 신체적 침해와 관련되지 않는 알코올 또는 중독물질통제를 받으라는 준수사항을 위하여 제56조c 제3항은 동일하게 적용된다.

③ 준수사항에 있어 피선고자의 생활방식에 있어 기대할 수 없는 요구를 해서는 아니 된다.

④ 행장감독의 개시와 함께 제68조e 제1항 제1문 제3호에 의해 이미 존재하는 행장감독이 종료되는 경우, 법원은 이전 행장감독의 범위 내에서 부과된 준수사항을 판결에 포함해야 한다.

⑤ 제1항 제11호의 경우에 피선고자의 원호 또는 제2항의 경우에 치료가 법정병원을 통해 이루어지지 않는 한, 제68조a 제8항은 동일하게 적용된다.

항에 따르지 않고, 계속해서 현저한 범죄를 범하여 일반인을 위협하게 할 것으로 보이는 경우, 무기한의 행장감독을 명할 수 있다(동법 제68조c).²⁰⁴⁾

독일의 경우 법원이 치료준수사항을 지시하는 경우에 감독청 및 보호관찰관에 협력하여 형을 선고받은 정신질환범죄자를 보호하고 원호하기 위하여 법정외래병원제도를 실시하고 있다. 법정외래병원은 정신병원 수용명령을 선고받고 그 집행이 유예되거나 그 집행이 종료된 후, 행장감독을 받고 있는 정신장애인의 보호 및 원호를 담당하고 있는데, 출소자에 대한 지속적인 외래치료, 보호 및 원호를 담당함으로써 퇴원 이후에 중단될 수 있는 출소자에 대한 치료를 확보하고, 이를 통해 공공의 안전을 보호하는 것을 목적으로 하고 있다.²⁰⁵⁾

법정외래병원은 그 임무를 수행함에 있어 피선고자에 대한 통제와 감독을 담당하고 있는 감독청을 돕는 등 상호 협력할 의무를 부담하고 있다. 상호 협력의무와 관련하여, 독일 형법 제68조의a 제8항에서 법정병원조력자의 공개의무를 인정하고 있다.²⁰⁶⁾

204) 제68조c【행장감독의 기간】 ① 행장감독은 2년 이상 5년 이하로 한다. 법원은 상한을 단축할 수 있다.

② 법원은 피선고자가 다음 각호의 1에 해당하고 계속해서 현저한 범죄를 범하여 일반인을 위협하게 할 것으로 보이는 경우, 제1항 제1문에 의한 상한의 제한을 넘어서는 무기한의 행장감독을 명할 수 있다.

1. 제56조의c 제3항 제1호에 의한 준수사항에 동의하지 않는 경우

2. 치료 또는 금단요법을 받으라는 준수사항에 복종하지 않거나 또는 치료준수사항에 따르지 않는 경우

제1문 제1호의 경우에 피선고자가 사후 동의를 하는 경우, 법원은 행장감독의 계속되는 기간을 확정한다. 그밖에 제68조e 제3항이 적용된다.

③ 법원은 다음 각호의 1에 해당하는 경우에 제1항 제1문에 의한 행장감독의 상한을 무기한으로 연장할 수 있다.

1. 제67조d 제2항에 의한 정신병원 수용의 유예의 경우에 특별한 사실에 근거하여 피선고자가 제20조 또는 제21조에 의한 상태에 빠지게 되고 그 결과 재차 현저히 위법한 행위를 범하여 일반시민을 위협하게 할 우려가 있다고 인정할 만한 사유가 존재하는 경우

2. 피선고자에 대하여 제181조b에 언급된 유형의 범죄로 인해 2년 이상의 자유형 또는 병합자유형이 집행되거나 또는 정신병원이나 금단시설에 수용이 명해지고 제68조b 제1항 또는 제2항에 의한 준수사항을 위반하거나 다른 특별한 사실에 근거하여 재차 현저한 범죄를 범하여 일반 시민을 위협하게 할 수 있다는 구체적인 근거가 나타나는 경우

④ 제68조 제1항의 경우 행장감독은 이러한 명령의 확정과 함께 개시되고, 제67조b 제2항, 제67조c 제1항 제2문 및 제2항 제4문 및 제67조d 제2항 제2문의 경우에 행장감독은 유예결정의 확정 또는 법정에서 명해지는 사후시점에 개시된다.

205) 위의 논문, 215쪽.

206) 제68조a【감독청, 보호관찰, 법정병원】 ① 형의 선고를 받은 자는 감독청의 감독을 받는다. 법원은 그에게 행장감독기간을 위하여 보호관찰관을 임명한다.

② 보호관찰관 및 감독청은 서로 협조하여 형의 선고를 받은 자를 보호 및 원호한다.

③ 감독청은 법원 및 보호관찰관과 협조하여 형의 선고를 받은 자의 행동과 준수사항의 이행

그러나 법정병원의 종사자는 환자의 치료에 필요한 범위에서 치료방법, 치료내용을 자율적으로 결정할 수 있고, 감독청이나 형집행법원의 지시에 따를 의무는 없다. 따라서 법정병원은 치료의 자율성이 보장되는 가운데 감독청이나 보호관찰관과 협력하여 그 임무를 수행해야 한다.²⁰⁷⁾

2) 위기개입

독일 형법 제67조h 제1항은 “보안처분수용에서 면제된 자의 상태가 갑자기 나빠졌거나 또는 중독상태에서 재범을 하여 제67조g에 따른 취소를 피하기 위하여 처분이 필요한 경우에 법원은 행장감독기간 동안에 유예된 제63조 및 제64조에 의한 보안처분수용을 최고 3월까지 다시 집행할 수 있다. 제1문의 조건 하에 법원의 처분을 새롭게 명할 수 있거나 또는 그 기간을 연장할 수 있다. 처분의 기간은 전체 6월을 초과하여서는 아니 된다”고 규정하고 있다.

종래에는 보안처분수용에서 면제된 자의 상태가 나빠졌거나 또는 중독상태에서 재범의 위험성이 있을 경우에 유예를 취소(형법 제67조의g)하거나 급박할 경우에 구속영장을 발부받아 구금(형소법 제453조의c 제1항)하는 방법만 허용되었으나, 행위자

을 감독한다.

④ 감독청과 보호관찰관 사이에 형의 선고를 받은 자를 위한 도움과 원호에 관한 문제에 합의가 이루어지지 않는 경우, 법원이 결정한다.

⑤ 법원은 감독청과 보호관찰관에게 그들의 활동에 관한 지시를 할 수 있다.

⑥ 감독청은 제145조의a 제2문에 의한 신청서의 제출에 앞서 보호관찰관의 의견을 듣는다. 제4항은 적용되지 아니한다.

⑦ 제68조b 제2항 제2문 및 제3문에 의한 준수사항을 부과하는 경우에 법정병원은 제2항에 언급된 자에게 협력하여 형의 선고를 받은 자를 보호 및 원호한다. 그밖에 법정병원이 보호관찰관의 지위에 서는 한, 법정병원에 대해서도 역시 제3항 및 제6항이 적용된다.

⑧ 제1항에 언급된 자 및 제203조 제1항 제1호, 제2호 및 제5호에 언급된 법정병원의 조력자는 피선고자를 원호하고 그들이 다시 재범하지 않게 하기 위하여 필요한 경우에 제203조를 통해 보호되는 관계의 범주 내에서 위탁되거나 인지된 타인의 비밀을 서로 공개한다. 그와 함께 제203조 제1항 제1호, 제2호 및 제5호에 언급된 법정병원의 조력자는 그들의 견해에서 다음 각호의 1에 해당하는 경우가 있는 한, 그러한 비밀을 감독청 및 법원에 대하여 공개한다.

1. 피선고자가 제68조b 제1항 제1문 제11호에 의한 준수사항을 따르고 있거나 제68조b 제2항 제2문 및 제3문에 의한 준수사항의 범위 내에서 치료를 받고 있는지 여부를 감독하기 위하여 필요한 경우
2. 피선고자의 관계 또는 상태가 제67조g, 제67조h, 또는 제68조c 제2항 또는 제3항에 의한 처분을 필요로 하는 것으로 나타난 경우
3. 제3자의 생명에 대한 현재의 현저한 위험, 신체적 불가침, 개인의 자유 또는 성적 자기결정권에 대한 방어를 위하여 필요한 경우

207) 이곤호(2014), 앞의 논문, 216쪽.

의 일시적인 상태악화로 유예가 취소되어 수용될 경우에 기존의 사회적 관계가 단절되는 등 부작용을 초래할 수 있다는 점에서 2007년 형법 개정시 행장감독제도 개선의 일환으로 초기 단계에서 개입하여 일시적으로 정신장애인을 재수용할 수 있는 근거규정을 마련하였다.²⁰⁸⁾ 위기개입 요건의 구체적인 내용은 아래와 같다.²⁰⁹⁾

- ① 기한부 재집행의 대상은 형법 제63조, 제64조에 의한 보안처분의 집행이 보호관찰 조건으로 유예되어 행장감독 기간 중에 있는 자이다.
- ② 보안처분 수용집행에서 면제된 자의 상태가 갑자기 나빠졌거나 또는 다시 중독 상태에 빠져야만 한다. 그러나 악화된 상태에서 재범을 저질렀는지는 그 요건이 아니다. 급작스런 상태악화로 인한 재범의 위험성으로부터 사회를 보호한다는 입법취지에 비추어, 건강상태의 악화가 어떤 조치를 필요로 하는 정도면 족하다. ‘갑자기(Akut)’라는 것은, 정신질환이 장기화되고 만성화되었다는 의미가 아니라, 짧은 기간의 개입이 의미 있는 역할을 할 수 있는 상태, 즉, 일시적 위험을 동반한 급격한 상태의 악화를 의미한다.
- ③ 정신병원 수용명령 집행유예의 취소를 피하기 위하여 필요한 경우여야 한다. 대상자를 특별한 조치 없이 계속하여 방치할 경우에 그 상태가 점점 악화되어 새로운 범죄가 예견되고 그로 인하여 장래에 유예의 취소가 불가피하다고 예상되어야 한다.
- ④ 비례성의 원칙이 준수되어야 한다. 유예 취소의 요건이 충족되었다고 하여도 단기간의 수용으로 보안처분의 목적을 충분히 달성할 수 있을 경우에, 유예취소가 아닌, 위기개입이 적용되어야 한다.

208) 위의 논문, 217쪽.

209) 위기개입의 구체적인 내용은 이근호(2014), 위의 논문, 217-218쪽 인용.

제3절 일본

일본은 형벌일원주의를 취하고 있어 형사제재체계에 보안처분제도를 도입하고 있지 않다. 따라서 정신장애범죄인에 대해서는 정신보건복지법상의 강제입원제도인 ‘조치입원제도’를 활용하여 왔다.

그러나 불기소처분을 받은 정신장애범죄인을 병원에서 대치곤란을 이유로 입원이 거부되어 석방되거나 조기 퇴원하는 사례가 종종 발생하였고, 또한 범죄행위 후 정신장애를 가장해서 조치입원을 반복하거나 입원병원 내에서 다른 일반 정신장애환자를 살상하는 사례 등이 발생하는 등의 문제가 발생하여 제도개선의 목소리가 높아졌다.²¹⁰⁾ 더욱이 정신보건복지법상의 조치입원제도에서는 조치 해제후 지속적인 의료처우에 대한 제도적 장치가 마련되어 있지 않았기 때문에 퇴원후 치료중단으로 인한 재범위험성의 문제가 끊임없이 지적되어 왔다.²¹¹⁾

이와 같이 조치입원제도를 통한 정신장애범죄인 치료처우의 문제점과 제도적 한계를 개선하고, 정신장애범죄인에 대한 적절한 치료의 확보를 위한 대책마련과 효과적 처우를 위하여 2003년 「심신상실 등의 상태에서 중대한 가해행위를 한 자의 의료 및 관찰 등에 관한 법률」(이하 의료관찰법이라 한다)이 새로이 제정되어 2005년 7월부터 시행되고 있다.

의료관찰법은 “심신상실등의 상태에서 살인 방화 등의 중대한 타해행위를 행한 자에 대하여 적절한 처우를 결정하기 위한 절차를 규정하고, 지속적이고 적절한 의료와 그 확보를 위해 필요한 관찰 및 지도를 행하여 병세의 개선 및 동일한 행위의 재발을 방지하고 사회복귀를 촉진하는 것”을 목적으로 하고 있다. 동법의 목적에서 알 수 있듯이 정신장애범죄인에 대한 처우는 시설에서의 치료뿐만 아니라 시설을 퇴소한 후의 지역사회에서의 치료처우와 사회복귀처우 등이 함께 이루어질 필요가 있다는 점을 인식하고 이에 필요한 관련 규정을 마련하고 있다. 앞서 기술한 바와 같이

210) 조치입원을 통한 정신장애범죄인처우에 대한 비판의 주요 내용으로는 조치입원에 의한 중대 범죄 대처의 한계, 간이감정 중심의 기소전 감정제도가 기소편의주의로 인해 야기되는 의료부담과 올바른 사법집행의 방해, 검사통보에 의한 조치입원과 다른 유형의 조치입원 일원화로 인한 구조적 문제발생, 소송과정에서 심각한 정신장애범죄인에 대한 적절한 대처가 가능한 의료시스템 부재 등이 주로 지적되었다. 윤정숙/탁희성(2014), 앞의 보고서, 98쪽.

211) 위의 보고서, 98쪽.

의료관찰법 이전의 제도는 살인, 방화, 강도 등의 중대한 범죄를 일으킨 정신장애범죄인 등이 불기소 처분이나 무죄 판결을 받으면, 이들에 대한 처우는 형사사법체계를 떠나 정신보건의료체계에서 담당하게 되어 이후 조치입원 등의 행정처분이 내려지게 되지만, 입원치료의 필요성이 없는 경우에는 그대로 석방되어 이후 이들을 관리·감독하는 체계가 없는 것이 실정이었는데, 이러한 문제점을 해결하기 위한 새로운 처우 제도로서의 의료관찰법에서는 시설 내(지정의료기관)에서의 범죄의 원인이 된 정신질환에 대한 치료뿐만 아니라 시설을 퇴원한 후의 사회복귀지원까지를 그 대상으로 하고 있다.²¹²⁾

1. 대상범죄 및 절차

의료관찰법의 적용을 받는 대상자는 살인, 방화, 강도, 강간, 강제추행 및 상해에 해당하는 행위를 범하여 심신상실 또는 심신미약을 이유로 불기소처분된 자 또는 무죄의 재판 혹은 형감경 확정판결을 받은 자 등으로 규정되어 있다(의료관찰법 제2조). 따라서 이 이외의 범죄를 저지른 정신장애범죄인은 종래의 정신보건복지법 상 조치입원규정의 적용을 받는다.

의료관찰법 상 심판은 검찰관이 지방법원에 대해 대상자의 처우 여부 및 내용에 대한 결정을 하도록 신청하는 것에 의해 개시된다(동법 제33조). 이 경우 법원은 당해 형사사건을 심리한 재판부가 아니라 별개의 재판부가 맡게 되며, 재판부는 1명의 판사와 1명의 정신보건심판원(정신보건판정의)이 합의체를 구성하여 결정을 하게 된다(동법 제11조).

검찰관에 의한 신청이 있게 되면 지방법원은 원칙적으로 대상자의 정신장애유무와 의료의 필요성에 대한 감정입원을 명하고, 이에 따라 정신보건판정의에 의한 감정이 이루어지게 된다(동법 제37조). 이 감정의 결과에 기초하여 지방법원은 대상자의 생활환경을 고려하면서 대상자의 정신장애를 개선하고 이에 수반하여 동종행위를 행함이 없이 사회에 복귀하는 것을 촉진하기 위해 입원시켜 치료를 받게 할 필요가 있다고 인정되는지를 판단하여 그 처우 여부 및 내용을 결정하게 된다.²¹³⁾ 이 경우 치료의

212) 이상희(2011), “현행 치료감호제도에 관한 연구”, 성신여자대학교 석사학위논문, 47쪽.

213) 윤정숙/탁희성(2014), 앞의 보고서, 99쪽.

필요성을 판단함에 있어서 3가지 요건을 고려해야 하는데, 첫째, 해당 대상자가 범죄 행위를 하였을 때의 정신장애와 동종의 정신장애를 가지고 있을 것, 둘째, 그 정신장애를 개선하기 위해 의료를 실시하는 것이 필요할 것, 셋째, 치료를 하지 않으면 현실적으로 사회복귀에 장애가 있을 것 등이 그것이다.²¹⁴⁾

2. 의료관찰법상 처분내용

법원의 심리가 종료되면 감정결과와 정신보건참여원의 의견(동법 제36조), 그리고 보호관찰관에 의한 대상자의 생활환경 등에 관한 조사결과 등을 종합 고려하여 재판관은 정신보건판정의와 평의하여 입원명령, 통원명령, 정신보건관찰 세 가지 중 하나를 결정하게 된다(동법 제42조). 이 가운데 입원 및 통원명령을 받은 대상자는 지정의료기관에서 의료처우를 받아야 할 의무가 부과된다(동법 제43조 제1항 내지 제2항). 입원명령에 의한 입원기간에는 제한이 없으나 통원명령에 의한 통원기간은 통원결정이 있는 날로부터 3년을 상한으로 하되, 다만 보호관찰소장의 신청에 근거하여 법원의 결정으로 2년을 한도로 연장이 가능하다(동법 제44조). 이 경우 의료비는 전액 국비로 지원한다(동법 제102조). 통원명령의 경우 기간의 상한을 두고 있지 않는 것은 통원치료 기간 동안 병의 상태가 악화되지 않고 문제행동을 다시 일으키지 않은 경우에는 이미 사회복귀가 달성되었다고 볼 수 있기 때문으로 입원명령과 마찬가지로 무기한으로 하게 되면 법률적 처우가 인신의 자유에 대한 간섭을 동반하여 오히려 원활한 사회복귀에 지장을 줄 우려가 있다는 고려한 것이다.²¹⁵⁾

입원명령을 받은 대상자는 지정입원의료기관에서 치료를 받게 되며, 지정의료입원기관이 관리자는 입원을 계속할 필요성이 없다고 판단한 경우 즉시 법원에 퇴원허가신청을 해야 하며, 입원을 계속해야 할 필요성이 있는 경우에는 원칙적으로 6개월마다 법원에 입원계속확인을 신청해야 한다(동법 제49조). 퇴원은 법원이 지정입원의료기관 관리자의 의견을 기초로, 대상자의 생활환경을 고려하여 결정한다(동법 제51조). 지정입원의료기관으로부터의 퇴원허가결정 및 통원결정이 이루어지면 대상자에게는 지정통원의료기관에 의한 통원치료가 실시된다(동법 제54조). 입원명령대상자는 퇴원

214) 위의 보고서, 99쪽.

215) 위의 보고서, 100쪽.

후에도 원칙적으로 통원에 의한 의료를 받을 의무가 부여되며(동법 제51조 제1항 제2호), 동시에 전국 보호관찰소에 있는 사회복귀조정관에 의한 퇴원 전 생활환경의 조성, 퇴원후의 관찰 및 지도 등에 의해 계속적인 사회 내 처우가 실시된다.²¹⁶⁾

정신보건관찰제도는 대상자의 지속적인 통원치료의 확보를 위한 방안으로, 대상자가 지역사회에서 필요한 의료처우를 받을 수 있도록 지도하는 제도로서, 지정입원의 의료기관으로부터 퇴원허가결정 및 통원명령이 이루어진 대상자에게 보호관찰소 소속 사회복귀조정관에 의한 정신보건관찰이 부과된다(동법 제106조). 정신보건관찰 대상자는 그 기간 중 거주지의 신고, 거주이전 또는 장기여행시 신고 등 준수사항을 지켜야 한다(동법 제107조).

정신보건관찰은 입원명령 후 퇴원결정에 수반하는 경우와 법원에 의한 통원명령에 수반하는 경우로 구분되는데, 전자와 같이 지정입원 의료기관으로부터 퇴원하는 경우에 수반되는 정신보건관찰은 지정통원 의료기관결정을 위한 사전조사를 거쳐, 예정된 지정통원 의료기관과 보호관찰소와의 연계를 통해 퇴원 후 필요한 의료와 정신보건복지서비스 등의 원조가 원활하게 진행될 수 있도록 조정을 하게 된다(동법 제108조). 보호관찰소는 조정결과에 따라 퇴원지역을 지정하고, 지방후생국은 보호관찰소와 협의 하에 대상자의 퇴원 후 통원의료를 담당할 지정통원 의료기관을 지정한다.²¹⁷⁾

후자의 정신보건관찰의 경우, 보호관찰소가 실시하는 생활환경 조사과정에서 사전에 통원결정에 대비하여 지방후생국과 지정통원 의료기관과 지방자치단체 등이 협의를 거쳐 조사한 결과를 법원에 보고를 하고, 이후 통원결정이 이루어지면 보호관찰소는 대상자로부터 거주지 신고를 받고, 지방후생국에 그 내용을 통지하여, 지방후생국이 지정통원 의료기관을 정식으로 결정하게 된다. 이 경우 보호관찰소는 치료회의를 개최하여 신속하게 처우실시계획을 작성하고, 그 계획에 따라 필요한 의료제공과 지역사회에서의 복귀를 위한 처우를 실시하게 된다.²¹⁸⁾

216) 위의 보고서, 99쪽.

217) 위의 보고서, 100쪽.

218) 일본 후생노동성이 발표한 정신보건관찰제도의 효율적실시를 위한 지역 처우 가이드라인에 의하면, 지역처우는 ① 지속적이고 적절한 의료의 제공, ② 지속적인 의료의 확보를 위한 정신보건관찰 실시, ③ 필요한 정신보건복지서비스 제공으로 구성되어 있다. 정신보건관찰업무 담당자는 사회복귀조정관이며, 이상의 가이드라인에 따라 대상자의 생활환경 조사 및 조정에 필요한 의료적 처우 등의 실시여부에 대한 관찰과 지도, 사회복귀를 위한 관계기관과의 연계를 실시한다. 위의 보고서, 100쪽.

제4절 소결

미국과 독일, 그리고 일본 정신장애범죄인에 대한 처우제도를 살펴보았다. 영미법계와 대륙법계의 상이한 법체계를 가지고 있는 국가의 제도를 일률적으로 평가할 수는 없겠지만, 정신장애범죄인에 대한 처우의 중심이 시설 내 처우에서 사회 내 처우로 점차 이동하고 있음을 알 수 있고, 특히 시설 내 치료처우와 사회 내 처우의 연계의 필요성에 따라 시설 출소 후의 출소자에 대한 치료처우와 보호·관리체계의 강화를 도모하고 있다는 점에서 공통점을 보이고 있다. 구체적으로 시설 수용에 따른 정신장애범죄인에 대한 인권침해가 발생하지 않도록 엄격한 법적 요건을 전제로 한 적법절차의 중요성을 강조하면서, 시설에 수용되어 있는 경우라 할지라도 일정한 요건이 충족되면 사회 내 처우로 전환하여 지역사회와 정신보건의료상의 치료처우를 적극적으로 활용하고자 노력하고 있다는 점에서 공통점을 발견할 수 있었다.

제 6 장

○ 시설 출소자 및 치료명령대상자의 지역사회 내에서의 관리방안

안성훈·정진경

시설 출소자 및 치료명령대상자의 지역사회 내에서의 관리방안

제1절 지역사회 내 처우의 강화

1. 개방수용 원칙의 확립

앞서 살펴본 바와 같이 독일 베를린 주 정신질환자법은 제36조 제1항에서 개방수용의 원칙이 정신장애범죄인에 대한 정신병원 수용명령의 집행에 적용되는 요건으로 “수용은, 그 목적이 허용되는 즉시, 추구하는 치료의 목적을 달성하기 위하여 가능한 완화되고 점진적으로 자유로운 형태로 집행되어야 한다”고 규정하였다. 이에 따라 정신병원 수용명령의 집행은 수용의 목적, 즉 위험한 정신장애범죄인으로부터 사회를 보호한다는 목적에 위배되는 않는 한, 즉시 경감되고 자유로운 형태로 이루어져야 하고, 경감되고 완화된 조치는 시설 내에서 보호와 치료에 적용될 뿐만 아니라, 궁극적으로 개방시설에서의 보호와 치료를 지향하고 있다. 정신장애범죄인에 대한 처우가 시설 내 처우가 원칙이 아니라 사회 내 처우가 원칙이고 사회 내 처우를 집행하는 것이 환자에게 적합하지 않는 경우에 한해 예외적으로 시설 내 처우를 시행하고 있는 것이다.

우리나라에서도 독일과 같이 정신장애범죄인에 대한 제한적 개선처분으로서의 행장감독이 도입되게 되면 현재 격리 수용이 원칙으로 되어 있는 치료감호제도에도 많은 변화가 있을 것으로 생각된다. 그리고 이러한 변화의 방향은 궁극적으로 개방수용을 원칙으로 하는 시스템으로 갈 것으로 생각된다. 굳이 비례성의 원칙을 논하지 않더라도 시설 수용처우 이외의 방법으로 정신장애범죄인에 대한 치료처우와 사회복귀처우가 이루어 질 수 있다면 시설 내 처우만을 유지하기에는 그 명분을 찾을 수 없다. 굳이 명분을 찾는다면 사회의 안전을 주장할 수 있겠지만, 많은 관련 연구들은

치료를 통해 정신상태가 안정되고 완화된 정신장애인을 계속해서 시설에 수용하는 것은 오히려 증상 자체를 악화시키고, 원래의 건강한 기능도 파괴시키며, 또한 체제에 순응하도록 만들어 사회복귀를 어렵게 만든다고 지적하고 있다.²¹⁹⁾ 예컨대 영국의 휴스턴의 연구에 의하면 장기 수용화로 인한 질병 자체의 악화현상을 밝히고 수용화 자체가 인간정신에 해가 된다는 결과를 발표하였으며, 구루엔버그는 사회성 붕괴 증후군 등의 연구에서 많은 정신장애인들이 관료적 편리성에 의해 장기 수용됨으로써 일어나는 정신장애의 악화현상을 체계적인 가설로 입증하였다.²²⁰⁾

실무에서는 이러한 논의에 대해 이상적인 논의라고 주장하는 경우가 많은데, 이러한 주장의 배경에는 정신장애범죄인의 정신상태가 안정되었을 때의 '타해의 위험', '재범의 위험'의 소실의 인정을 하는 것이 현실적으로 매우 어렵다는 사실이 자리 잡고 있는 것으로 보인다. 즉 일반적인 환자의 경우 망설임 없이 통원치료와 같은 사회 내 치료처우로 전환할 수 있겠지만, 살인이나 방화 등의 중대범죄의 경력이 있는 환자라면 이러한 결정에 주저할 수밖에 없게 된다는 점이다. 그러나 만약 '정신질환은 호전되었는데 재범의 우려가 있다고 해서 계속 수용한다'고 하게 되면, 이때의 재범위험성이란 정신질환과는 상관없는 것으로 치료감호의 대상이라고 할 수 없다. 그럼에도 불구하고 계속해서 수용한다면, 이러한 결정의 배경에는 정신의학적 근거가 아닌 사회로부터의 격리라고 하는 응보적 관점에 바탕을 둔 정신장애인에 대한 잘못된 고정관념이 근거하고 있을 뿐이다. 이러한 경우 우리는 정신의료체계의 신뢰뿐만 아니라, 보안처분이라고 하는 형사제재체계의 신뢰를 무너뜨리는 매우 심각한 문제에 직면하게 된다는 점을 직시할 필요가 있다.

2. 시설 퇴소 후 치료처우의 강화 - 지역정신보건의료와의 연계 강화

가. 외래진료제도의 강화

현재 시행 중인 외래진료제는 정신질환의 속성상 대부분이 만성질환으로, 치료감호 종료 후에도 지속적인 통원치료는 필수적이다. 치료감호 종료 후 치료가 중단되는

219) 대한신경정신의학회(2005), 앞의 책, 710쪽.

220) 위의 책, 710쪽.

경우에는 정신질환의 재발과 이에 따른 재범가능성이 상존하기 때문에 이에 대한 대책으로써 치료감호 종료 후에도 5년의 범위 내(1차 연장가능)에서 무료로 통원치료를 받을 수 있다. 그러나 현실적으로 이러한 외래진료제가 실시되고 있는 곳은 현재 공주치료감호소 한 곳뿐이기 때문에, 지리적으로 멀고 대상자가 쉽게 방문하기에는 한계성이 있으며 대상자의 자의적인 내원이 없이는 그 실효성의 확보가 매우 어려운 실정이다. 실제로 국립법무병원(공주치료감호소)에서 1988년부터 2006년까지 국립법무병원에 재입소한 치료감호자를 대상으로 한 연구에서는 재입원한 환자의 78.6%가 퇴소 이후 지속적인 재활치료가 이루어지지 않았다고 보고되고 있다. 이것은 대상자의 자발성과 가족의 관리 하에 지속적인 약물치료 및 재활치료의 한계를 나타내는 것이라고 볼 수 있다. 치료감호소 퇴소자 등에 대한 사후관리체제의 내실화를 위해서는 이들에 대한 외래치료명령제 등의 도입을 고려해볼 필요성이 있다.

외래치료명령제는 정신과치료에 비순응하여 질병이 악화되어 강제입원이 되거나 자신과 타인에 대해 위험성이 있는 환자들을 법이라는 사회적 강제를 통하여 초기에 치료받게 함으로서 환자를 보호하고 사회에 대한 위험을 예방하는 제도이다.²²¹⁾ 외래치료명령을 받은 환자는 법에 의해 해당 정신의료기관에서 정해진 기간 동안 투약과 재활서비스를 받아야하는 의무를 갖게 되며 이를 따르지 않을 경우에는 정신보건기관이 이를 사법기관에 통보하여 법에 따른 필요나 조치를 할 수 있도록 한다.²²²⁾ 또한 치료감호소 출소자가 지역사회로 복귀하는 재활치료의 방법으로 주간보호(day care)가 적합한 모델로 제시되고 있다. 주간보호는 특히 병원에서 퇴원한 만성정신질환자들의 재활을 목표로 작업치료와 사회기술훈련과 같은 프로그램을 제공하는 방법이다.

현행 정신건강복지법은 “정신의료기관의 장은 강제입원을 한 정신질환자 중 정신병적 증상으로 인하여 입원을 하기 전 자신 또는 다른 사람에게 해를 끼치는 행동을 한 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람에 대해서는 보호의무자의 동의를 받아 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 1년의 범위에서 외래치료 명령을 청구”할 수 있도록 하고 있다(제64조). 따라서 치료감호소 출소자의 경우에도 국립법무병원의 원장인 치료감호소장의 신청에 의해 외래치료명령제도를 적극 활용할

221) 이유진 외 7인(2011), 앞의 논문, 165쪽.

222) 외래치료명령제도의 요건과 절차에 대해서는 신은주(2010), “정신질환자에 대한 외래치료명령제도”, 59~60쪽 참조.

수 있는 방안(입법정책)을 모색할 필요가 있다.

나. 지역사회 정신보건의료와의 효과적 연계²²³⁾

피치료감호자들은 범죄자이기 이전에 치료를 받아야 하는 환자라는 점에서 형사사법의 처우대상이자 정신보건의료의 처우대상이다. 따라서 이 이질적이 두 분야의 처우가 유기적이고 체계적으로 결합되어 실시될 때 이들에 대한 효율적인 치료 및 보호·관리가 이루어지고 원활한 사회복귀를 기대할 수 있다. 선행연구에 의하면 치료감호소 퇴소자의 경우 퇴원 후 정기적인 투약이 재범예방에 큰 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다.²²⁴⁾ 예컨대 피치료감호자는 만성적인 정신질환이나 약물 등에 의한 심각한 중독증상으로 인해 치료의 효과가 더디게 나타나고, 또한 퇴원 후에도 대부분 잔류증상이 있어 치료약물의 복용을 중단할 경우 동일한 증상이 재발할 가능성이 매우 높기 때문에 이로 인해 해당 증상에 기인한 재범 발생의 가능성도 함께 높아지는 것으로 나타나고 있다. 이와 반대로 조현병 환자가 저지른 살인 등의 강력범죄는 대부분 발병 후 첫 치료를 받기 전에 발생하고, 치료 이후에는 범죄 위험성이 94% 이상 감소한다고 하는 연구보고도 있다.²²⁵⁾ 이와 같이 자상·타해의 위험성이 있는 정신장애인에 대한 지속적인 치료관리가 매우 중요하기 때문에 지역사회 내에서의 정신보건의료와의 연계는 필요불가결하다.

현행법상 퇴소 후 피치료감호자에 대한 사후관리로서의 치료처우는 크게 세 가지 방법으로 이루어지고 있다. 우선 치료감호소 가종료자의 경우 의무적으로 3년간 보호관찰을 받게 되어 있어 적절한 치료가 계속해서 필요한 대상자에 대해서는 특별준수사항²²⁶⁾으로 정기적인 투약의무를 부과할 수 있다(동법 제32조 내지 제33조). 다음으

223) 이하 내용은 박학모/안성훈(2016), 앞의 보고서, 107-112쪽 내용을 인용하여 작성하였다.

224) 손외철(2011), 앞의 논문, 96쪽.

225) 보건복지부 보도자료(2017.05), “정신보건법 개정 배경 및 정신건강복지법 주요내용 안내”: “조현병 강력 범죄, 치료 이후 기능성 94%↓”, 데일리메디 2016년 7월 6일자(<http://www.dailymedi.com/detail.php?number=807994>)(검색일: 2018.11.12.).

226) 보호관찰 대상자는 ‘보호관찰 등에 관한 법률’ 상의 다음의 준수사항을 성실히 이행하여야 한다. ① 주거지에 상주하고 생업에 종사할 것, ② 범죄로 이어지기 쉬운 나쁜 습관을 버리고 선행을 하며 범죄를 저지를 염려가 있는 사람들과 교제하거나 어울리지 말 것, ③ 보호관찰관의 지도·감독에 따르고 방문하면 응대할 것, ④ 주거를 이전하거나 1개월 이상의 국내외 여행을 할 때에 미리 보호관찰관에게 신고할 것 등이다(치료감호법 제33조 제1항, 보호관찰 등에 관한 법률 제32조 제2항). 또한 이 외에도 치료나 그 밖에 특별히 지켜야 할 사항을 부과할

로 치료감호소 출소자는 지역사회의 정신보건센터에 등록하여 정신보건서비스를 받을 수 있다(동법 제36조의2).²²⁷⁾ 또한 치료감호소 출소자는 본인이 원할 경우 10년간 무료로 치료감호소에서 외래진료를 받을 수 있고, 1차에 한하여 10년간 연장할 수 있어 최장 20년간 외래진료를 받을 수 있다(동법 제36조의3, 동법 시행규칙 제26조의2).

제5장의2 치료감호시설 출소자의 치료 및 관리

제36조의2(치료감호시설 출소자의 정신건강복지센터 등록 등) 치료감호가 종료 또는 가종료되거나 제24조에 따라 집행정지²²⁸⁾된 사람(이하 “치료감호시설 출소자”라 한다)은 정신건강복지센터에 등록하여 상담, 진료, 사회복귀훈련 등 정신건강복지센터의 정신보건서비스를 받을 수 있다.

제36조의3(외래진료) ① 치료감호시설 출소자가 치료감호시설에서의 외래진료를 신청한 경우에 치료감호시설의 장은 검사, 투약 등 적절한 진료 및 치료를 실시할 수 있다.

② 제1항에 따른 외래진료의 절차 등에 관하여 필요한 사항은 법무부령²²⁹⁾으로 정한다.

제36조의4(보호관찰소와 정신건강복지센터의 공조) ① 보호관찰소의 장과 정신건강복지센터의 장은 피보호관찰자의 치료 및 재범방지, 사회복귀를 위하여 상호 협조하여야 한다.

② 보호관찰소의 장은 피보호관찰자에 대한 등록, 상담, 진료, 사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등 정신보건 관련 정보를 정신건강복지센터의 장에게 요청할 수 있다.

③ 정신건강복지센터의 장은 피보호관찰자의 공동 면담 등 피보호관찰자의 치료 및 재범방지, 사회복귀를 위하여 필요한 경우 보호관찰소의 장에게 협조를 요청할 수 있다.

수 있다(치료감호법 제33조 제2항, 치료감호법 시행령 제9조 제1항).

227) **치료감호법 제36조의4(보호관찰소와 정신보건센터의 공조)** ① 보호관찰소의 장과 정신보건센터의 장은 피보호관찰자의 치료 및 재범방지, 사회복귀를 위하여 상호 협조하여야 한다.

② 보호관찰소의 장은 피보호관찰자에 대한 등록, 상담, 진료, 사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등 정신보건 관련 정보를 정신보건센터의 장에게 요청할 수 있다.

③ 정신보건센터의 장은 피보호관찰자의 공동 면담 등 피보호관찰자의 치료 및 재범방지, 사회복귀를 위하여 필요한 경우 보호관찰소의 장에게 협조를 요청할 수 있다.

요청 가능한 내용으로는 다음과 같다.

동법 시행령 제13조의2(보호관찰소와 정신보건센터의 공조 범위) ① 법 제36조의4 제2항에 따라 보호관찰소의 장이 정신보건센터의 장에게 요청할 수 있는 정신보건 관련 정보는 다음 각 호와 같다.

1. 정신보건센터 등록일·상담일·진료일 등 등록·상담 및 진료 관련 사항
2. 정신보건센터의 사회복귀훈련 프로그램 등 사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 관련 사항
3. 피보호관찰자의 치료 정도 및 정신보건 상태

② 법 제36조의4 제3항에 따라 정신보건센터의 장이 보호관찰소의 장에게 협조를 요청할 수 있는 사항은 다음 각 호와 같다.

1. 피보호관찰자의 정신보건센터 방문·면담 시 보호관찰관의 동행·참여
2. 피보호관찰자의 생활상태 및 특이사항 등에 대한 정보 제공
3. 피보호관찰자의 치료, 재범방지 및 사회복귀를 위한 계획 수립·집행 시 보호관찰관의 의견 제출

228) 「**형사소송법 제471조(동전)**」 ① 징역, 금고 또는 구류의 선고를 받은 자에 대하여 다음 각 호의 1에 해당한 사유가 있는 때에는 형을 선고한 법원에 대응한 검찰청검사 또는 형의 선고를 받은 자의 현재지를 관할하는 검찰청검사의 지휘에 의하여 형의 집행을 정지할 수 있다.

1. 형의 집행으로 인하여 현재지 건강을 해하거나 생명을 보전할 수 없을 염려가 있는 때
2. 연령 70세 이상인 때

이와 같이 사회 내에서의 치료처우제도가 법률상 근거를 가지고 퇴소한 피치료감호자에 대하여 실시되고 있지만 앞서 지적한 바와 같이 현행 보호관찰제도는 피치료감호자의 특수성을 충분히 고려하여 사회 내 처우를 실시할 정도의 조직과 예산 등을 확보하고 있지 못하고 있는 상황이기 때문에 대상자의 자발성에 의존하는 소극적인 보호관찰이 주로 이루어져 대상에 대한 사회 내에서의 보호·관리는 충분히 이루어지지 않고 있는 것이 현실이다. 주지한 바와 같이 “피치료감호자의 경우 치료감호의 종료 또는 가 종료 결정을 받고 퇴소하더라도 이들 대부분은 정신장애의 잔류증상이 있고, 또한 보호자의 보호 없이 자립적 생활이 곤란한 자”이다.²³⁰⁾ 그러므로 치료감호 대상자의 특수성을 고려해 볼 때, 오직 대상자의 자발성에 의존하는 방식인 현재의 피치료감호자에 대한 보호관찰제도를 개선할 필요가 있다.²³¹⁾

뿐만 아니라, 정신질환자를 발견하여 상담 및 치료를 실시하고, 더 나아가 사회복지

-
3. 잉태 후 6월 이상인 때
 4. 출산 후 60일을 경과하지 아니한 때
 5. 직계존속이 연령 70세 이상 또는 중병이나 장애인으로 보호할 다른 친족이 없는 때
 6. 직계비속이 유년으로 보호할 다른 친족이 없는 때
 7. 기타 중대한 사유가 있는 때
 - ② 검사가 전항의 지휘를 함에는 소속 고등검찰청검사장 또는 지방검찰청검사장의 허가를 얻어야 한다.

229) **동법 시행규칙 제26조의2(외래진료의 기간·방법 등)** ① 법 제36조의3에 따른 외래진료(이하 “외래진료”라 한다)는 치료감호소 출소자의 정신질환 치료를 위하여 출소일부터 10년의 범위에서 실시할 수 있다. 다만, 증상의 악화 등 외래진료가 계속 필요하다고 인정되는 경우에는 10년의 범위에서 한 차례만 그 기간을 연장할 수 있다.

② 외래진료는 치료감호시설에서 정신건강의학과 의사의 진료, 검사시설에 의한 검사, 처방 및 투약 등의 방법으로 실시한다. 다만, 치료의 편의를 위하여 필요한 경우에는 원격화상장비를 이용하여 진료할 수 있다.

③ 외래진료의 경우 치료감호소 출소자의 증상이 악화되더라도 치료감호시설에 입소시켜 치료할 수 없다.

④ 외래진료를 실시한 치료감호시설의 장은 별지 제22호의2 서식의 치료감호소 출소자 외래진료 접수대장을 작성하여 10년간 보존하여야 한다.

제26조의3(외래진료비용) ① 외래진료에 필요한 비용은 법무부장관이 부담한다. 다만, 「국민건강보험법」, 「의료급여법」, 그 밖의 다른 법령에 따라 치료감호소 출소자 또는 그 보호의무자가 부담하지 아니하는 비용은 제외한다.

② 법무부장관은 예산의 범위에서 외래진료를 실시한 지정법무병원에 제1항에 따른 외래진료비용을 지급하여야 한다.

③ 제2항에 따라 외래진료비용을 지급받으려는 지정법무병원의 장은 별지 제22호의3 서식의 외래진료비용 지급 청구서에 치료감호소 출소자별 진료비 계산서를 첨부하여 매달 10일까지 법무부장관에게 제출하여야 한다.

230) 안성훈(2011), 앞의 보고서, 142쪽.

231) 박하모/안성훈(2016), 앞의 보고서, 84-85쪽.

훈련을 진행하고, 이러한 관련 사례들을 지속적으로 관리하기 위하여 지역사회별로 설립되어 있는 정신건강복지센터가 피치료감호자, 특히 사회에 복귀한 자에 대하여 중점적으로 치료 및 관리를 할 수 있도록 하는 체제를 구축해 나갈 필요가 있다.²³²⁾²³³⁾ 전국 164개의 정신건강복지센터에서 각 지역사회에 거주하고 있는 약 33만명의 만성 정신질환자를 담당해야하는 실정으로, 현재 약 20만명이 서비스 미충족 상태로 있다²³⁴⁾는 점을 고려할 때 퇴원한 피치료감호자에 대한 특별한 처우를 기대하기 어려운 실정이다. 따라서 앞으로 구체적으로 피치료감호자와 관련된 업무를 어떻게 어느 범 위까지 담당할 것인지, 보호관찰소와의 연계는 구체적으로 어떻게 할 것인지 등에 관한 문제를 해결하지 않으면, 현행 등록제도는 피치료감호자에 대한 사후관리 측면에서 효율성과 효과성이 담보되지 않아 형해화될 가능성이 매우 크다.

또한 치료감호소에서 실시하고 있는 외래진료 역시 현재 공주치료감호소에서만 실시되고 있기 때문에 이용접근성에 한계가 있고, 대상자의 자발성에 근거한 처우이기 때문에 처우의 실효성의 확보가 곤란한 실정이다. 실제로 <표 6-1>에서 나타나는 바와 같이 최근 5년간의 외래진료 현황을 살펴보면 2015년까지 감소 추세를 보이다가

- 232) 제15조(정신건강복지센터의 설치 및 운영) ① 보건복지부장관은 필요한 지역에서의 제12조제1항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.
 ② 시·도지사는 관할 구역에서의 제12조제2항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 광역정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.
 ③ 시장·군수·구청장은 관할 구역에서의 제12조제3항에 따른 소관 정신건강증진사업등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 「지역보건법」에 따른 보건소(이하 “보건소”라 한다)에 기초정신건강복지센터를 설치·운영할 수 있다.
 ④ 정신건강복지센터의 장은 정신건강증진사업등의 제공 및 연계사업을 수행하기 위하여 정신질환자를 관리하는 경우에 정신질환자 본인이나 제39조에 따른 보호의무자(이하 “보호의무자”라 한다)의 동의를 받아야 한다.
 ⑤ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 정신건강복지센터의 설치·운영에 필요한 비용의 일부를 부담한다.
 ⑥ 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 바에 따라, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 조례나 규칙으로 정하는 바에 따라 소관 정신건강증진사업등을 정신건강에 관한 전문성이 있는 기관·단체에 위탁하여 수행할 수 있다.
 ⑦ 시·도지사는 소관 광역정신건강복지센터의 운영 현황 및 정신건강증진사업등의 추진 내용을, 시장·군수·구청장은 관할 시·도지사를 통하여 소관 기초정신건강복지센터의 운영 현황 및 정신건강증진사업등의 추진 내용을 각각 반기별로 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.
 ⑧ 제1항부터 제7항까지에서 규정한 사항 외에 정신건강복지센터의 설치·운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

233) 박학모/안성훈(2016), 앞의 보고서, 84-85쪽.

234) 이영문(2012), “지역사회 정신보건정책”. 국립암센터 교육훈련자료집, 19쪽.

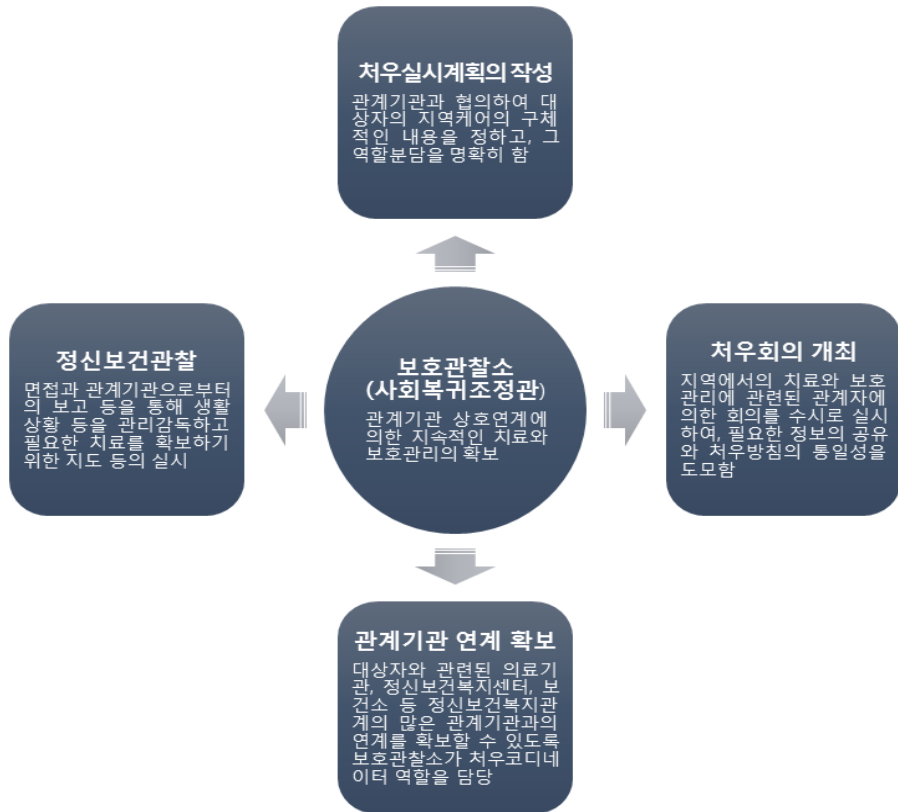
이후 증가 추세로 돌아섰으나 여전히 정기적으로 외래진료를 받고 있는 환자는 전체 보호관찰 대상자의 일부에 불과한 것으로 추정된다.²³⁵⁾

〈표 6-1〉 최근 5년간 외래진료 현황

연 도	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
인원(명)	1,548	1,546	1,449	2,329	2,263

※ 출처 : 법무부 내부자료.

이러한 상황을 고려할 때, 현 제도에 대한 개선방안으로는 우선 대상자에 대한 치료의 강제를 확보할 수 있는 보호관찰제도의 정비가 필요하다.



[그림 6-1] 정신장애범죄인에 대한 일본 보호관찰소의 역할 개요

※ 박학모/안성훈(2016), “치료감호제도의 재정비 방안 연구”, 110쪽 〈그림 5〉 인용.

235) 연구보고에 의하면 정기적으로 외래진료를 받는 환자는 전체보호관찰 대상자의 10% 미만인 것으로 보고하고 있다. 손외철(2011), 앞의 논문, 135쪽.

앞서 살펴보았듯이 퇴원 후 피치료감소자의 치료처우는 지역사회에서의 정신보건 의료와의 연계가 매우 중요하다는 점에서 일본의 사례와 같이 대상자의 지역사회에서의 보호·관리와 치료처우의 효과적인 실시를 위해서는 사법기관, 의료기관, 정신보건센터, 보건소 등 정신보건복지와 관련된 많은 기관이 관계하기 때문에, 대상자와 이들 관계기관과의 연계 확보와 대상자 처우의 코디네이터 역할을 보호관찰소가 담당하는 조직체계를 구성하고 또한 이를 담당하는 정신보건복지와 관련된 지식과 경험 등을 갖춘 전문 보호관찰관을 확보할 필요가 있다(〈그림 6-1〉 참조).

다음으로 지역사회와 정신보건의료기관과의 긴밀한 연계방안과 효율적 활용방안을 모색할 필요가 있다. 현재 정신건강복지센터는 설립목적에도 나와 있듯이 정신질환자의 조기발견, 상담, 치료연계, 재활서비스 등 예방과 조기개입, 사후관리 등 포괄적 서비스의 제공이 주된 목적이고, 또한 앞서 지적하였듯이 현재 지역사회 내에 있는 일반 만성 정신질환자도 시설 등의 인프라 부족으로 충분한 의료서비스를 제공하지 못하고 있기 때문에 피치료감소자에 대한 지역사회 내의 치료와 관리를 기대하기 어려운 실정이다. 따라서 정신보건센터는 지역사회 내의 퇴원한 피치료감소자에 대한 상담과 치료연계 및 사후관리에 집중하고, 치료부분은 정신의료기관과의 연계를 통해 급성기 환자 중심의 단기치료를 실시하고 만성기 환자의 경우에는 보호관찰과 협력한 외래진료 등을 실시할 수 있도록 하는 연계방안을 모색함으로써 치료와 사회 복귀를 위한 효율적인 역할 분담체계를 구축할 필요가 있다. 최근 보건복지부는 2018년 7월 23일자 보도자료를 통해 정신장애인의 시설 퇴소 후에도 지속적인 치료의 필요시 환자의 동의 없이도 사례관리를 추진하는 방안(아래 표 참조)을 모색하겠다는 의지를 피력하였다. 따라서 정신건강복지법 상의 정신장애인에 대한 치료처우 등에 관한 규정이 피치료감소자에게도 적용되게 함으로써 보건복지부에서 시행하는 정책과의 연계를 도모하는 방안을 모색할 필요가 있다.

〈표 6-2〉 중증정신질환자 지역사회 치료 지원 강화 방안(요약)

- ① 지속 치료·관리 필요 시 환자 동의 없이도 사례 관리 체계 가동
- ② 외래치료명령제 강화 및 운용 활성화
- ③ 퇴원환자 방문 관리 시범사업 등 사례관리 강화
- ④ 정신과적 응급상황에 대한 대응 능력 제고
- ⑤ 커뮤니티케어를 통한 지역사회 정신질환자 지원
- ⑥ 정신건강복지센터 인프라 및 전문 인력 확충

※ 보건복지부 2018년 7월 23일자 보도자료, “퇴원 후에도 지속 치료 필요 시 환자 동의 없이도 사례관리 추진” 표 인용.

마지막으로는 적극적으로 정신건강복지법 상의 치료개입제도를 활용할 필요가 있다. 현행 치료감호법에 따르면, 치료감호소에 수용 중인 피치료감호자는 정신건강복지법 상의 입원 관련 규정 적용 대상이 아니다.²³⁶⁾ 그러나 피치료감호자가 치료감호소에서 출소하여 지역사회 내에서 처우를 받을 때에는, 가중료로 인한 보호관찰 중 지역사회 내에서의 의료처우는 정신건강보건법 상의 의료처우를 전제로 하고 있기 때문에, 이때의 피치료감호자는 치료감호법 및 정신건강복지법 적용 대상이 된다.²³⁷⁾ 그러므로 퇴원한 피치료감호자에 대하여 정신건강복지법 상의 치료개입제도를 적극적으로 활용하여 치료처우의 실효성을 높일 필요가 있다. 예를 들어, 보호관찰 대상자가 치료 관련 준수사항을 위반하여 치료를 거부하여 증상이 악화되어 자상·타해의 위험성이 높아지는 경우에는 가중료 취소와 더불어 정신건강복지법 상의 치료개입제도를 적극적으로 활용하는 방안을 고려해 볼 수 있다.²³⁸⁾

또한 치료감호법 상의 치료감호제도 대상자와 정신건강복지법 상의 강제입원제도 (자의 입원·동의입원을 제외한 보호의무자에 의한 입원, 특별자치시장 등에 의한 입원, 응급입원, 외래치료명령제도) 대상자가 현행법상 중첩된다는 점을 고려하더라도 퇴원한 피치료감호자에 대하여 정신건강복지법 상의 치료개입제도를 적극 활용할 필요가 있다.²³⁹⁾ 그리고 이러한 방안은 정신건강복지법 제1조의 목적 상 “정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진 및 정신질환의 인간다운 삶을 영위”한다는 취지에도 적합하기 때문에 더욱 그 필요성이 인정된다.²⁴⁰⁾

236) 박학모/안성훈(2016), 앞의 보고서, 85쪽.

237) 위의 보고서, 85쪽.

238) 위의 보고서, 85쪽.

239) 위의 보고서, 86쪽.

240) 위의 보고서, 85쪽.

제2절 제도적 개선

지역사회에 복귀한 정신장애범죄인에 대한 형사사법적 관리의 효율성을 높이기 위해 처분 관련 사항, 집행 관련 사항, 법률 개선 사항, 정신보건체계와의 협력 측면 등으로 구분하여 개선 방안을 살펴보았다.

1. 치료위탁제도의 개선

현행 치료감호법은 치료감호만을 선고받은 피치료감호자에 대한 집행이 시작된 후 1년이 지났을 때에는 상당한 기간을 정하여 그의 법정대리인, 배우자, 직계친족, 형제자매(이하 “법정대리인 등”이라 한다)에게 치료감호시설 외에서의 치료를 위탁할 수 있고, 또한 치료감호와 형이 병과되어 형기(刑期)에 상당하는 치료감호를 집행받은 자에 대하여는 상당한 기간을 정하여 그 법정대리인등에게 치료감호시설 외에서의 치료를 위탁할 수 있도록 규정하고 있다(동법 제23조).

그러나 앞서 지적한 바와 같이 본제도는 실무에서 잘 활용되고 있지 않은 것으로 파악되는데, 그 배경에는 현행법이 치료위탁과 관련된 모든 의무와 책임을 전적으로 법정대리인 등에게 부담케 하고 있어 대상자의 치료위탁을 기피하고 있기 때문인 것으로 생각된다. 따라서 설령 치료위탁을 법정대리인 등이 받아들인다고 하더라도 경제적인 능력이나 치료에 대한 적극적인 의지가 없는 경우에는 사실상 치료위탁은 단순히 보호를 위탁하는 것에 그치거나, 또는 대상자를 사회 내에 방치하는 것과 같은 결과를 가져오게 된다.²⁴¹⁾

따라서 이러한 문제점을 해결하기 위해서는 법정대리인 등에의 치료위탁에만 의존할 것이 아니라, 지역사회의 정신보건의료체계와의 연계를 통한 정신보건의료기관에의 치료위탁을 적극적으로 모색할 필요가 있다. 이 경우에 있어서도 근거가 되는 제도는 행장감독제도가 될 것이다. 즉 행장감독 하에 준수사항으로 지정병원에서의 치료를 지정하여, 이를 근거로 사회 내 치료처우로서의 치료위탁을 실시하게 되는 것이다.

241) 이상희(2011), 앞의 석사학위논문, 112쪽.

2. 잔여형기 처우의 개선

최근 강남역 살인사건의 가해자에 대해서 대법원은 징역 30년을 선고한 원심판결을 확정하고, 치료감호와 20년의 위치추적 전자장치(전자발찌) 부착 명령도 그대로 유지하였다.²⁴²⁾

현행 치료감호법은 형과 치료감호가 병과되는 경우에 처분선집행주의와 대체주의가 적용되어 형의 집행에 앞서 치료감호를 먼저 집행하도록 규정하고 있다(동법 제18조).²⁴³⁾ 그러나 상기의 사례에서 나타나듯이 치료감호 종료 후 잔여 형기의 처리문제가 발생하게 된다. 현행 치료감호법은 피치료감호자의 치료감호시설 수용기간을 명문으로 규정하고, 1호 처분 대상자인 심신장애인과 3호 처분 대상자인 소아성기호증, 성적가학증 등 성적 성벽 있는 정신성적 장애인의 치료감호 기간은 15년으로, 또한 2호 처분 대상자인 마약·알코올 등 중독자에 대해서는 2년으로 제한하고 있다. 또한 「특정 범죄자에 대한 보호관찰 및 전자장치 부착 등에 관한 법률」 제2조 제3호의2에 따른 살인범죄(이하 “살인범죄”라 한다)를 저질러 치료감호를 선고받은 피치료감호자가 살인범죄를 다시 범할 위험성이 있고 계속 치료가 필요하다고 인정되는 경우에는 법원은 치료감호시설의 장의 신청에 따른 검사의 청구로 3회까지 매회 2년의 범위에서 기간을 연장하는 결정을 할 수 있도록 하고 있어 법률적으로는 피치료감호자를 최장 21년간 수용할 수 있다. 이러한 상황을 고려할 때 상기의 사례의 경우 최대 21년간 치료감호소에 수용될 수 있고, 나머지 9년은 교도소에서 형의 집행을 받게 된다.

주지하다시피, 치료감호소와 교도소는 대상자에 대한 처우의 목적과 내용에 있어서 차이가 있다. 위 사례의 경우 대상자가 치료감호기간 동안 치료가 되지 않았음에도 불구하고 교도소에서 형을 집행하는 것에 따른 문제의 심각성은 두말할 나위가 없고, 치료가 어느 정도 이루어졌다고 하더라도 치료시설이 아닌 형집행 시설에 다시 수용된다면 치료감호소에서 달성된 치료의 효과성을 담보할 수 없는 상황에 처하게 된다. 따라서 이러한 경우에 가석방의 형식으로 사회 내 처우를 하는 방법을 생각해 볼 수 있겠으나, 이 보다는 독일과 같이 형벌 또는 형벌의 일부가 보안처분에 앞서 집행되

242) “‘강남역 문지마 살인사건’ 범인, 징역 30년 확정”, 조선일보, 2017년 4월 13일자(http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2017/04/13/2017041301057.html)(검색일 2018.11.12.).

243) 제18조(집행 순서 및 방법) 치료감호와 형(刑)이 병과(併科)된 경우에는 치료감호를 먼저 집행한다. 이 경우 치료감호의 집행기간은 형 집행기간에 포함한다.

는 것을 통해 보안처분의 목적이 쉽게 달성되는 경우에는 형벌 또는 형벌의 일부를 보안처분에 앞서 집행될 수 있도록 하여(독일형법 제67조 제2항), 치료감호소에서 출소하게 함으로서 시설 내의 치료처우와 사회 내 치료처우의 연계를 도모하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 또한 행장감독을 조건으로 사회 내 처우로 전환함으로써 잔형을 대체하는 방안을 생각해 볼 수 있는데, 예컨대, 치료감호 종료·가중료시 행장감독으로 전환하여 사회 내 치료처우로서의 보안처분의 집행을 인정하고 이를 형 집행기간에 포함시키는 방법을 고려해 볼 수 있다.

3. 치료적 처우의 효율적 활용

가. 치료명령제도의 활성화

정신장애범죄인의 검거원인²⁴⁴⁾과 치료감호 선고원인²⁴⁵⁾을 비교하면, 정신장애범죄인 중 치료감호를 선고받은 사람의 비율은 대략 2.7%~6.1%로 나타나고 있으며, 그 외의 정신장애범죄인은 실형, 형의 선고유예 또는 집행유예, 벌금형 등을 선고받을 것으로 보인다. 이중 형의 집행유예 등에 따라 지역사회에 복귀하는 정신장애범죄인이 상당할 것으로 추정되에도 불구하고, 실제 치료명령이 부과된 정신장애범죄인은 제도 시행 이후 18개월 동안 600건에 이르지 못하는 등, 치료명령제도가 정신장애범죄인에 대한 사회 내 치료적 처우로서 충분히 활용되지 못하는 실정이다.

치료명령제도의 활용율이 저조한 이유로는 해당 정신장애범죄인에 대한 치료적 처분 필요성에 대한 객관적 증거 및 법관의 확신 부족, 치료명령이 실효성 있게 집행될 것에 대한 신뢰 부족, 치료명령이 재범 방지 또는 사회 복귀에 효과적임을 입증할 수 있는 실증적 자료의 부족 등을 추정할 수 있어, 이러한 문제를 해결하고 치료명령제도가 정신장애범죄인의 재범 방지 대책으로 적극 활용되기 위해 필요한 사항을 제안하고자 한다.

244) 법무연수원(2018), 2017 범죄백서(167쪽)에 따르면, 정신장애범죄 검거자 총수를 살펴보면, 2012년 5,378명, 2013년 5,937명, 2014년 6,301명, 2015년 7,016명, 2016년 8,343명 등이다.

245) 법원행정처(2018), 사법연감에 따르면, 치료감호처분(1심) 인원은 2012년 329명, 2013년 294명, 2014년 223명, 2015년 193명, 2016년 222명, 2017년 147명 등이다.

1) 치료명령의 처분 기준 마련

정신장애범죄인에게 치료명령 부과 여부 또는 치료 기간 등을 결정할 때 치료 필요성과 재범 위험성을 근거로 하겠으나, 실제 치료명령 및 보호관찰 부과 기간 등에서 명확한 기준을 추정하기 쉽지 않다. 이처럼 처분의 일관성이 높지 않은 상황인 바, 양형 기준과 같이 실질적으로 치료명령 부과 여부 및 치료명령 기간 결정을 위한 최소한의 기준이 필요하겠다. 법률 전문가와 정신의학 전문가 집단의 합의를 통해 정신장애의 유형 및 심각도에 따라 치료 필요 여부 및 치료 가능성, 치료 기간에 대해 합의된 기준안을 도출하는 것이 바람직할 것이다.

2) 조사 및 정신감정 제도 활용

처우의 효과를 극대화하기 위해서는 처우에 적합한 적정 대상자를 선정하는 것이 무엇보다 중요하다. 적정 대상자 선정을 위해 치료감호법을 비롯한 다양한 법률²⁴⁶⁾에서 보호관찰관에 의한 판결 전 조사 또는 결정 전 조사, 전문의의 진단 또는 감정 제도를 규정하고 있고, 치료명령제도에서도 판결 전 조사²⁴⁷⁾ 제도를 두고 있다. 그러나 성폭력범죄자에 대한 성충동 약물치료 청구 요건에서만 정신건강의학과 전문의 진단이나 감정을 필요적으로 지정²⁴⁸⁾하였을 뿐, 치료감호법을 포함한 여타 법률에서 조사 또는 감정은 법관의 재량 사항인데, 치료명령 판결 전 조사의 활용 사례는 미미한 수준에 그치고 있다.²⁴⁹⁾

강제적 치료처분에 있어 치료 필요성과 재범 위험성에 대한 정확하고 상세한 평가는 필수적이며, 특히 비치료로 인한 재범 위험성의 평가는 매우 중요하다. 치료명령에 적합한 대상자 선정을 위해 성충동 약물치료를 준하는 진단 또는 감정도 고려할 필요도 있지만 정신감정에 소요되는 시간과 비용의 문제 등으로 현실적인 활용에 제약이

246) 형사소송법, 특정 범죄자에 대한 보호관찰 및 전자장치 부착 등에 관한 법률, 보호관찰 등에 관한 법률, 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법, 아동·청소년의 성보호에 관한 법률, 성폭력범죄자의 성충동 약물치료에 관한 법률 등.

247) 「치료감호 등에 관한 법률」 제44조의3에 따르면, 법원은 치료를 명하기 위하여 필요하다고 인정하면 피고인의 주거지 또는 그 범원의 소재를 관할하는 보호관찰소의 장에게 범죄의 동기, 피고인의 신체적/심리적 특성 및 상태, 가정환경, 직업, 생활환경, 병력, 치료비용 부담 능력, 재범위험성 등 피고인에 관한 사항에 대한 조사를 의뢰할 수 있다.

248) 성폭력범죄자의 성충동 약물치료에 관한 법률 제4조 제2항에 따르면, 검사는 치료명령 청구대상자에 대하여 정신건강의학과 전문의의 진단이나 감정을 받은 후 치료명령을 청구하여야 한다.

249) 법무부 내부자료에 따르면, 제도 시행 이후부터 2018년 8월 말까지 치료명령을 위한 판결 전 조사는 총 47건이 의뢰되었다.

있다면, 대상자의 심신상태 및 정신장애 관련 사항, 재범 위험성 등의 정보를 제공하는 판결 전 조사 제도를 적극 활용하는 것이 필요하다.

3) 증거 기반 연구를 통한 효과성 검증

형사사법정책의 효과를 평가하거나 개선 방안을 도출하기 위해서는 실증적인 연구 결과를 필요로 한다. 치료명령제도의 치료적 개입 효과는 어느 정도인지, 어떠한 요인이 처우의 성공 또는 실패를 좌우하는지 실증적으로 검증하고, 그 결과를 지도감독 방법 및 절차 개선을 위한 시사점을 도출하는데 활용하여야 한다. 이러한 검증과 개선의 피드백 과정은 치료명령제도 뿐 아니라 치료감호 가종료 보호관찰, 상담·치료 조건부 기소유예 제도 등에 대해서도 동일하게 적용된다.

나. 치료감호 가종료자 관리의 실질화

1) 치료감호 가종료자 선정

치료감호심의위원회에서는 피치료감호자의 질병이 완화된거나 더 이상 재범에 영향을 미치지 않을 때 치료감호 가종료 결정을 내리고 있으며, 치료감호 가종료 제도는 피치료감호자가 지역사회로 복귀하는 주요한 수단이 되고 있다.

피치료감호자 중 지역사회로의 복귀가 필요하고 적절한 대상자에게 가종료 결정을 하는 것이 치료감호 가종료 보호관찰 대상자 관리의 중요한 출발점이 되는데, 치료감호 가종료자 선정의 정확성을 높이는 것이 중요하다. 이를 위해, 치료감호 가종료 보호관찰 기간 중 재범하거나 보호관찰 준수사항 위반으로 가종료가 취소된 집단의 특성 분석 결과를 가종료 심사 시 활용할 수 있도록 평가도구화 하는 것이 필요하다.

또한 현재 치료감호소는 과밀 수용 문제가 심각한 수준으로, 그로 인해 치료감호 가종료 결정에서 적정성을 확보하기 어려운 측면이 있다. 즉, 최근 6년간의 치료감호 선고 인원이 연간 200여명이고, 치료감호 가종료 취소로 치료감호소에 재입소하는 인원이 연간 30~50명 등으로, 치료감호소 입소인원이 연간 230~250명으로 추정된다. 따라서 산술적으로 계산할 때 신규 입소인원에 상응하는 인원이 출소해야 하는 상황으로, 가종료 결정기준을 엄격하게 적용하려고 해도, 치료감호소 수용인원이라는 현

실적 문제로 인해 가종료 결정시 질병의 완화 정도를 절대적 기준에서 판단하기보다 상대적 기준에 따라 호전 정도가 높은 사람을 가종료하는 결과를 초래할 위험을 배제하기 어렵다. 결국, 치료감호 가종료 보호관찰의 효과성을 높이기 위해서는 치료감호 소의 과밀수용 문제의 해결도 필요하다.

2) 보호관찰관의 지도감독 권한 확보

치료감호 가종료 보호관찰의 실무상 어려움으로 주로 지적되는 것이 대상자의 비순응으로 인한 문제와 치료 유지를 확인하기 곤란하다는 점이다. 치료감호 가종료 보호관찰 대상자에게 특별준수사항의 형태로 치료 및 보고 의무, 주기적인 소변검사의무 등이 부과되는 경우도 있지만, 미부과자에 대해서는 여전한 문제로 남아있어, 치료유지 확인을 위한 보고 또는 검사 의무를 일반준수사항에 추가하는 방안의 검토가 필요하다. 이와 함께, 치료감호 가종료 보호관찰에서도 치료명령제도와 같이 치료계획 수립 및 집행 과정에 대한 보호관찰관의 지도감독 권한 확보도 필요하다.

3) 보호관찰 기간만료 후 관리

치료감호법은 치료감호 가종료자 또는 치료위탁자의 경우 보호관찰기간이 끝나면 해당 대상자의 치료감호가 종료되는 것으로 규정하고 있다.²⁵⁰⁾ 그러나 가종료 보호관찰 기간인 3년이 가종료자의 정신장애 치료에 충분한 기간임을 담보할 수 없다는 점은, 가종료 보호관찰기간 만료자에 대해 지역사회 정신의료보건의체계에서의 관리로 연계되어야 할 필요성을 강하게 뒷받침한다.

4. 형사사법체계에서 치료적 개입의 효과성 제고

가. 치료적 처우의 전문화

형사사법체계에서의 치료적 개입이 효과적으로 이루어지기 위해서는 전문적인 치료인력의 확보, 정신장애 유형별 처우, 치료적 처우를 위한 매뉴얼 개발, 재범위험성 평가도구의 개발 등이 필요하다.

250) 「치료감호등에 관한 법률」 제35조 제1항.

우선, 전문적인 치료인력의 확보 필요성이다. 정신보건서비스를 제공하는 사람의 자질과 태도에 치료의 성공 여부가 달려 있고,²⁵¹⁾ 잘 훈련되고 전문화된 팀에 의해 의료서비스가 제공되는 경우 치료효과가 높아진다²⁵²⁾는 선행 연구들은 효과적인 치료를 위해 가장 중요한 것은 해당 영역의 전문적 지식과 경험을 가진 전문 인력의 확보임을 지적한다. 정신장애범죄인의 치료적 처우와 관리를 위해 충분한 시설과 전문 인력을 갖춘 기관을 치료기관으로 지정, 최적화된 치료 환경을 조성하여야 하며, 특히 심리치료를 위한 전문가 그룹 확보를 위해 노력해야 한다.

두 번째, 정신장애 유형에 따른 맞춤형 처우로, 정신장애의 증상과 심각성에 따라 개별적 처우를 하여야 한다. 현재 치료명령 집행 시 약물치료 위주로 이루어지는 경향이 있다. 물론 정신장애의 특성상 약물치료는 필수적이라고 할 수 있으나, 약물치료와 함께 다양한 심리사회적 개입의 필요성에 대한 세심한 평가가 요청된다. 치료감호법에서 '심리치료'로 통칭되고 있는 심리사회적 개입은 약물치료와 상호보완적이다. 즉, 효과적인 심리사회적 개입은 성공적인 약물치료를 위한 약물 순응도를 높여 증상의 재발과 그로 인한 재범 가능성을 낮출 수 있고, 약물치료는 급성기적인 정신증적 증상을 조절함으로써 심리사회적 치료의 참여를 촉진시킬 수 있다. 또한, 인지행동 치료가 효과적인 치료기법으로 인정받고 있지만, 그 외에도 대상자의 인지 능력, 사회적응수준 등에 맞춰 정신재활치료, 기타 지지치료 등 다양한 치료 기법을 활용하는 것이 바람직하다. 예를 들면, 조현병 대상자에게 범죄 행동을 촉발시킬 수 있는 정신과적 증상인 피해망상, 환청 등의 치료를 위한 약물치료를 실시하고, 대상자가 자신의 정신과적 문제에 대한 통찰력을 갖고 대인관계기술을 향상시킬수 있도록 심리치료를 병행하며, 대상자의 경제적 여건 및 주거환경 등을 포함한 대상자의 사회 환경적 요인에 대한 개입을 통합적으로 실시할 때 최고의 치료 효과를 거둘 수 있다.

세 번째, 정신장애범죄인의 증상 또는 진단에 따른 치료 방법, 내용, 기간 등에 대한 가이드라인을 제시하며 구체적인 처우와 대응 정보를 제공하는 업무 매뉴얼을 마련하는 것이다. 조현병, 알코올 사용 장애, 또는 다양한 문제를 함께 보이는 대상자 등으로 구분하여 각 대상자에게 전문화된 치료 기법을 활용하도록 해야 한다. 또한,

251) 신은주(2010), “미국과 뉴질랜드에 있어서 정신질환자의 외래치료명령제도”, 한국의료법학회지 제18권 제2호, 한국의료법학회, 138쪽.

252) 위의 논문, 137쪽.

전담 보호관찰관은 물론 직접 약물 및 심리치료를 담당하는 정신건강의학과 의사, 정신건강전문가 등에게 제공할 수 있는 ‘처우 매뉴얼’도 필요하다. 여기에는 치료명령 및 치료감호 가중료 보호관찰 제도 등 치료적 접근의 특징과 기본방향, 치료적 기법의 내용과 진행 등에 대한 설명이 포함되어야 할 것이다.

네 번째, 정신장애범죄인에 대한 보호관찰 집행 단계에서 정신장애의 유형 및 증상의 심각성을 재차 확인하여 치료계획 수립에 활용하고, 정신장애범죄인에 특화된 재범위험성 평가도구를 개발하여 분류 시 활용하는 것이다.

나. 정신건강 문제의 대응 능력 강화

지역사회 내의 형사사법기관에서 치료적 처우를 받아야하는 정신장애범죄인이 증가할 것으로 예상되고 있어 지역사회 내 형사사법기관인 보호관찰소의 대응 능력을 확대하여야 한다. 이를 위해 정신건강문제에 대응할 수 있는 정신건강 전담 부서 설치, 전담 인력의 확대, 궁극적으로는 정신건강보호관찰제도의 도입 등이 필요하다.

우선, 보호관찰소 내에 보호관찰 대상자의 정신건강 문제를 전담할 수 있는 부서 또는 별도 기관의 설치에 관한 부분이다. 구체적으로 정신건강 분야 전문인력을 직접 채용하여 광역권 기관에서부터 배치하며, 최소한의 필요 인력으로는 정신건강의학과 전문의 1명, 정신보건전문요원 2~3명 등을 들 수 있다. 이러한 정신건강 전담부서는 치료감호 가중료 보호관찰 대상자와 치료명령 대상자는 물론 일반 보호관찰 대상자 중 정신건강 문제를 가진 경우에 대해서도 치료적 개입을 실시할 수 있다.

두 번째, 정신장애범죄인에 대한 관리 적정화를 위한 보호관찰 관리인력의 확대가 필요하다. 정신장애범죄인인 치료감호 가중료 보호관찰 대상자와 치료명령 대상자의 지도감독 과정에서는 일반 보호관찰 대상자에 대한 지도감독에 더하여 치료기관 선정·유지·관리 및 치료 여부 확인의 절차가 있으며, 분류 등급도 집중 관리를 해야하는 수준으로 지정되어 있다. 그러나 관련 인력의 확보는 부족하여, 정신장애범죄인을 관리하는 전담 보호관찰관은 최소 2배에서 최대 5배까지의 추가적인 업무 부담을 호소하는 상황²⁵³⁾으로, 정신장애범죄인의 관리 담당 인력의 추가, 확대가 필요하다.

253) 치료명령 담당직원 설문조사 결과 및 가중료 보호관찰 담당직원 설문조사 결과.

세 번째는 정신건강전문 보호관찰제도의 도입이다. 현재 보호관찰소에서는 치료감호 가중료, 치료명령 등에 전담 보호관찰관을 지정하여 운영하고 있으나, 전담 직원들은 정신병리학, 정신의학, 치료적 처우 등에 관한 더 많은 전문 교육을 요청하고 있다.²⁵⁴⁾ 이러한 전담 보호관찰관의 전문성 향상과 함께 궁극적으로는 ‘정신건강전문 보호관찰’ 제도의 도입을 검토해야 한다. 일본의 정신보건보호관찰 제도와 같이 정신장애범죄인에 특화된 전문 보호관찰 제도를 통해 정신건강전문가에 의한 전문적인 치료와 사례 관리가 이루어지도록 해야 한다. 약물치료, 개인 혹은 집단치료, 심리상담 등을 기본으로 하고, 그 외에 대상자에 따라 일상생활 관리와 직업 훈련, 직업 활동을 위한 지원 등이 총체적으로 이루어지도록 하고, 이를 통해 대상자의 정신질환 재발이나 악화에 민감하게 대처하고 사회적응을 촉진할 수 있다.

다. 보호관찰관의 행정입원 신청 권한

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에 의한 입원²⁵⁵⁾의 경우, 경찰관은 정신질환으로 자신의 건강 또는 안전이나 다른 사람에게 해를 끼칠 위험이 있다고 의심되는 사람을 발견한 경우, 정신건강의학과 전문의 또는 정신건강전문요원에서 진단과 보호의 신청을 요청할 수 있는데, 이러한 행정입원의 신청을 요청할 수 있는 권한을 보호관찰 대상자의 경우에는 경찰관 뿐 아니라 보호관찰관에게도 부여하는 방안이 필요하다.

또한, 이러한 행정입원 요청을 신청할 수 있는 권한이 부여되면, 치료 유지와 관련된 준수사항 위반자, 치료 비순응이나 치료 중단으로 인한 증상의 재발이 재범으로 이어진 대상자 등에 대한 조치로서 선고유예·집행유예 취소가 아니라 ‘일정기간 동안의 입원치료’와 같이 치료의 질과 양을 확대, 강화하는 형식의 제재조치를 검토할 수도 있을 것이다.

254) 치료감호 가중료 및 치료명령 전담 보호관찰 담당자에 대한 설문조사 결과, 전문적 교육의 필요성을 지적하고 있으며, 치료계획의 수립, 의료기관과의 의사소통 등을 위해서는 정신장애 범죄인을 관리하는 보호관찰관의 전문성 향상은 매우 중요하다.

255) 정신건강복지법 제44조.

제3절 입법 정책

1. 피치료감호대상자에게 특화된 보안처분제도 마련

주지한 바와 같이, 피치료감호자 대부분에게는 정신장애와 관련된 잔류증상이 남아 있기 때문에, 사회로 복귀한 피치료감호자에 대한 치료가 사회 내에서 적절하게 이루어지지 못하여 정신장애 관련 증상이 악화되는 경우, 머지않아 다시 범죄를 저지르게 될 가능성이 매우 높아진다.²⁵⁶⁾ 뿐만 아니라 피치료감호자의 수용인원은 지속적으로 증가하고 있으며(〈표 6-3〉 참조), 이에 따라 치료감호소의 과밀수용화가 진행되고 있음을 알 수 있다. 이러한 상황을 고려해 볼 때, 증상이 상당히 호전되지 않았거나 또는 그러한 기대를 할 수 없는 대상자를 불가피하게 가퇴원·치료위탁 등으로 퇴원시켜야 하는 현실 속에서, 퇴원한 피치료감호자에 대한 보호관찰의 중요성은 점점 더 커지고 있다.²⁵⁷⁾

〈표 6-3〉 최근 5년간 치료감호소 수용인원의 추이

(단위 : 명)

구분	2011	2012	2013	2014	2015
수용인원	993	1,046	1,138	1,187	1,212

※ 국립법무병원 통계자료에 의함.

※ 박학모/안성훈(2016), 앞의 보고서, 76쪽 〈표 46〉 인용.

그러나 이러한 보호관찰의 역할에도 불구하고 보호관찰제도는 그 태생적 한계로 인해 사회방위의 관점에서 요청되는 범죄자의 사후 통제수단의 역할 수행에 있어 한계를 가질 수밖에 없는 상황이다. 본래의 보호관찰의 의미는 단기자유형을 대체하고 재범위험성이 낮은 범죄자의 재사회화를 통한 사회복귀를 목적으로 도입된 사회 내 처우제도로서, 치료감호 종료 후 사회방위의 관점에서 범죄자의 사후 통제수단으로서의 의미를 가지는 치료감호 종료 후 보호관찰과는 법적 성격과 목적, 그리고 처우의 내용이 질적으로 다르다고 할 수 있다. 따라서 최장 21년간의 수용기간 중

256) 박학모/안성훈(2016), 앞의 보고서, 76쪽.

257) 위의 보고서, 76쪽.

정신질환 상태의 호전이 인정되지 않아 사회복귀가 가능하지 않다고 판단된 피치료감 호자에 대해 상기 취지의 보호관찰제도를 적용하여 이들에 대한 재범위험성의 관리와 치료, 그리고 사회안전의 확보라고 하는 제도의 역할과 효과를 기대하기에는 한계가 있을 수밖에 없다. 실제로 치료감호 만기종료자에 대한 보호관찰은 치료의 곤란과 재범의 위험성이 있음을 전제로 하여 사회복귀에 대한 부정적 예측이 되는 사람을 대상으로 하고 있어 종래의 보호관찰 대상자와 질적으로 다른 대상자를 취급하고 있음에도 불구하고, 퇴소 후 보호관찰이 개시된 이후에 집행과 관련하여서는 기존의 보호관찰과 마찬가지로 원칙적으로 「보호관찰 등에 관한 법률」에 따른 보호관찰 준수 사항에 따르도록 규정하고 있다(치료감호법 제33조 제1항).

이와 같이 현행 치료감호법에서는 부과의 근거와 본질이 상이한 두 가지 처분을 보호관찰이라는 이름 하에 하나의 제도로 운용함으로써 제도 운영의 문제와 한계를 스스로 노정하고 있으며,²⁵⁸⁾ 이는 곧 우리나라 보호관찰제도에 부담으로 작용하고 있다.²⁵⁹⁾

따라서 이러한 모순된 제도 운영을 바로잡을 필요가 있으며, 이를 위해 입법정책으로서 처분집행시설로부터 석방된 사람에 대하여 지속적인 치료와 보호의 필요성, 그리고 다시 범죄를 저지를 가능성이 있다는 재범위험성을 인정하여 법원의 결정에 의하여 사회 내에서 출소자의 행장을 지도·감독할 수 있는 제도, 즉 독일의 행장(行狀)감독과 같은 자유제한적 보안처분의 도입을 모색할 필요가 있다.

2. 치료감호소 출소자에 대한 보호관찰제도의 재정비

주지하다시피, “보안처분은 행위자의 특별한 위험성에도 불구하고 형벌만으로 그 목적을 달성할 수 없거나(예컨대 상습범 또는 알코올·마약류 중독자 등), 형벌의 부과 불가능한 경우(예컨대 정신장애인), 형벌을 보완하거나 대체하는 형사제재”를 일컫는다.²⁶⁰⁾ 이러한 보안처분은 전통적인 형벌만으로는 달성할 수 없는 법익보호과제의

258) 현재 우리나라 보호관찰제도는 형법상으로는 미국의 Probation과 Parole에서 유래한 보호관찰과 같이 형의 집행유예와 가석방시 조건부로 선고되고 있고, 특별법에서는 독일의 행장감독과 같이 형 또는 처분집행 종료 후 독자적인 형태로 부과되는 보안처분의 형태로 운용되고 있다.

259) 박학모(2014), “보안처분제도의 재구성을 위한 성찰과 제언”, 보호관찰 제14권 제1호, 한국보호관찰학회, 22-23쪽.

실행이라는 현실적 이유에서 형벌에 의하여 해결될 수 없는 위험성이 존재하는 경우 사회보호 내지 사회방위를 위해 추가적인 제재가 필요하다는 근대학파의 예방적 형법 사고의 입장에서 그 필요성이 인정받게 되었다.²⁶¹⁾ 보안처분이란 이처럼 형벌로는 행위자의 사회복귀와 범죄의 예방이 불가능하거나 행위자의 특수한 위험성으로 인하여 형벌의 목적을 달성할 수 없는 경우에 재범위험성이 있는 범죄자의 재범을 방지하고 이를 통해 사회 일반인의 안전을 확보하기 위한 형사제재라고 할 수 있다.²⁶²⁾

보안처분은 일반적으로 사람에 대한 보안처분인 대인적 보안처분과 물건에 대한 보안처분인 대물적 보안처분으로 대별된다. 대인적 보안처분은 다시 자유박탈을 수반하는 보안처분과 자유제한을 수반하는 보안처분으로 구분된다. 그리고 자유박탈적 보안처분은 다시 자유박탈을 수반하는 격리처분과 자유박탈을 수반하는 개선처분으로 구분된다. 자유제한적 보안처분도 자유제한을 수반하는 격리처분과 자유제한을 수반하는 개선처분으로 구분된다.²⁶³⁾ 대물적 보안처분에는 몰수, 영업장 폐쇄, 법인해산, 영업금지·정지, 판매금지 등이 있고, 대인적 보안처분에는 우선 자유박탈적 보안처분 중 자유박탈적 격리처분에는 위험한 상습범죄자에 대한 보안구금과 예방구금이 있고, 자유박탈적 개선처분에는 범법 정신장애인에 대한 치료감호, 알코올중독자나 마약중독자에 대한 금절처분, 노동기피자에 대한 노역장수용처분, 성격이상자에 대한 사회치료처분 등이 있다. 또한 자유제한적 보안처분 중 자유제한적 격리처분에는 직업금지, 거주제한, 주류점 출입금지, 외국인의 국외추방, 친권박탈, 운전면허취소, 거세 등이 있고, 자유제한적 개선처분에는 선행보증, 행장감독, 보호관찰 등이 있다(아래 그림 참조).

260) 김혜정(2008), “독일의 최근 동향을 통해 바라본 우리 보안처분제도의 재조명”, 법조 제57권 제10호, 법조협회, 93쪽.

261) 위의 논문, 93-94쪽.

262) 형벌은 과거의 범죄행위에 대한 책임에 근거하여 부과되는 제재이고, 보안처분은 행위자의 장래 재범위험성을 근거로 하여 부과되는 제재라는 점에서 형벌과 보안처분의 차이점을 인정할 수 있다.

263) 藤本哲也(2008), 刑事政策概論 全訂第6版, 青林書院, 196쪽.



[그림 6-2] 일본 형법상 보안처분 체계

※ 藤本哲也(2008), 刑事政策概論 全訂第6版, 靑林書院, 197쪽 그림 재인용.

이상의 보안처분 분류체계에서 나타나듯이 다수 견해에 따르면 행장감독과 보호관찰은 자유제한적 개선처분으로 같이 분류되고 있으나, 문제는 우리나라의 경우 자유제한적 보안처분과 같은 강성제재와 미국의 Probation과 Parole에서 유래한 보호관찰과 같은 연성제재²⁶⁴⁾는 구별할 필요가 있음에도 불구하고 이를 구분하지 않고 보호관찰이라는 명칭으로 통일적으로 사용하고 있다는 점이다.²⁶⁵⁾ 즉 범죄자의 위험성에 대한 긍정적 예측을 바탕으로 형벌을 대체하면서 개선에 중점을 둔 보호관찰과 범죄자의 위험성에 대한 부정적 예측을 바탕으로 사회방위를 위한 추가적인 제재로서의 의미를 가지는 행장감독과 구별하여 사용하지 못하고 있는 것이다.²⁶⁶⁾

264) 보호관찰은 범죄자나 비행소년에 대하여 사회생활을 하면서 준수사항을 지키도록 지도감독을 하는 동시에 필요한 원조를 실시하여 이들의 개선생명을 도모하고자 하는 사회 내 처우제도로서, 보호관찰이라고 하는 명칭은 영미에서 발달한 '보호관찰부 형의 집행유예'를 지칭하는 Probation과 '보호관찰부 가석방'에 해당하는 Parole을 총칭한 것으로 일반적으로 사용되고 있다. 藤本哲也, 앞의 책, 302쪽; 박상기/손동권/이순래(2012), 「형사정책」(제11판), 한국형사정책연구원, 348쪽.

265) 현재 우리나라 보호관찰제도는 형법상으로는 미국의 Probation과 Parole에서 유래한 보호관찰과 같이 형의 집행유예와 가석방시 조건부로 선고되고 있고, 특별법에서는 독일의 행장감독과 같이 형 또는 처분집행 종료 후 독자적인 형태로 부과되는 보안처분의 형태로 운용되고 있다.

266) 보안처분에서 개선이 보안과 함께 중요한 특별예방적 목표인 것은 사실이지만, 그러나 개선이 형사제재부과의 일차적 근거가 될 수는 없다. 왜냐하면, 국가는 국민을 개선하는 과제를 수행할 수 없으며, 따라서 개선을 명목으로 자유를 박탈할 권리도 갖지 않기 때문이다. 단지 보안을 위해 정당화된 자유박탈의 범주 내에서 개선을 지향하는 노력을 하거나 개선처분을 부과하는 것만이 정당화된다. 이는 자유박탈 보안처분이나, 자유제한 보안처분이나를 막론하고 모든 보안처분에 해당되는 사항이다. 박학모(2014), 앞의 논문, 20쪽.

보호관찰제도의 기본법인 「보호관찰 등에 관한 법률」에서는 보호관찰의 목적으로 “이 법은 죄를 지은 사람으로서 재범 방지를 위하여 보호관찰, 사회봉사, 수강(受講) 및 갱생보호(更生保護) 등 체계적인 사회 내 처우가 필요하다고 인정되는 사람을 지도하고 보살피며 도움으로써 건전한 사회 복귀를 촉진하고, 효율적인 범죄예방 활동을 전개함으로써 개인 및 공공의 복지를 증진함과 아울러 사회를 보호함을 목적으로 한다”고 규정하고 있어, 보호관찰의 주된 목적이 보호관찰 대상자 지도와 원호를 통한 범죄자의 재사회화이라는 점을 명확히 하고 있다. 이러한 점에서도 치료감호법 상의 보호관찰은 종래의 보호관찰과는 상이한 법적 성격을 가지고 있음이 분명해 보인다.

〈표 6-4〉 행정감독과 보호관찰의 차이

구분	행정감독	보호관찰
제재의 성격	경성제재	연성제재
처분의 성격	보안처분	보호처분
형벌과의 관계	형벌에 대한 추가(보완) 제재	형벌의 대체 제재
위험성 예측의 판단	부정적 예측의 요구	긍정적 예측의 요구
대상범죄의 범위	축소 필요	확대 가능

※ 김혜정(2013), “보안처분의 체계적 입법화를 위한 소고”, 형사법연구, 제25권 제4호, 한국형사법학회, 141쪽 표를 인용하여 편집.

이와 같이 보호관찰은 형집행을 전부 유예하는 집행유예나 형의 일부를 유예하는 가석방의 경우에 형벌을 대체하여 부과하는 완화적 관점에서의 연성제재인 반면에, 행정감독은 형 또는 보안처분의 집행을 유예와 관계없이, 즉 징역형이나 보안처분의 집행을 종료한 경우에도 추가적으로 부과하는 강화적 관점에서의 강성제재라는 점에서 분명한 차이를 나타내고 있다.²⁶⁷⁾ 적용 대상범죄와 대상자에 있어서도 행정감독은 강력범죄와 재범위험성이 높은 치우곤란자를 대상으로 하고 있는 반면, 보호관찰은 일반범죄와 재범위험성이 낮은 사회 내 처우 가능자를 대상으로 하고 있다.

따라서 이러한 차이점을 고려하여 형사제재 방안을 각각 구축할 필요가 있으며, 이와 같이 이원주의를 채택하고 있는 형법상의 형사제재 기능을 복합적이고 다원적으로 구축함으로써 사회 내에서 집행되는 형사제재와 관련하여 지금까지의 보호관찰

267) 김혜정(2013), “보안처분의 체계적 입법화를 위한 소고”, 142쪽.

일반도의 단선적 관점에서 벗어나 대상범죄의 유형에 따른 적절한 대책 마련을 기대할 수 있을 것이다.²⁶⁸⁾ 또한 이러한 제도적 보안이 이루어진다면, 지금까지 격리와 수용 위주로 운영되어 ‘명칭 · 상표사기’(Etikettenschwindel)라는 오명 속에 운영되어 온 현행 치료감호제도의 개선에도 크게 기여할 것으로 생각된다. 즉 제한적 격리처분 중심으로 운영되어 온 현행 보안처분제도에 제한적 개선처분을 도입함으로써 정신장애범죄인에 대해서 다양한 사회 내 처우가 가능하게 될 것으로 기대 된다. 예컨대, 현행 치료명령제도와 같은 별도의 제도를 마련하지 않고도, 행장감독의 준수사항으로서 독일과 같이 정신 · 심리 · 사회치료와 같은 치료준수사항을 부과함으로써 정신장애범죄인에 대한 사회 내에서의 지속적인 치료와 보호 · 관리를 도모할 수 있게 될 것으로 기대된다.

앞서 살펴본 바와 같이 행장감독은 보호관찰과 유사한 점이 많지만, 보호관찰의 경우에는 긍정적인 예측을 보이는 행위자에 대해서만 가능한 반면 행장감독은 재범위험성이 있는 행위자에 대한 관리와 보호를 주된 임무로 하는 부정적인 예측에 기반을 두고 있다는 점에서 차이가 있다. 독일의 행장감독의 경우 특징적인 점은 형집행 또는 보안처분 집행 중에 성공적인 치료를 받았다고 하더라도 그 효과를 유지하기 위해서 계속적인 치료가 요구되기 때문에 사후에도 치료와 보호 · 관리를 계속 유지함으로써 출소 후에도 치료효과의 계속성을 유지하고자 하는 데에 목적이 있다는 점이다.²⁶⁹⁾ 이에 따라 독일형법 제68조b에서는 대상자의 행장감독 기간 동안 치료처우를 하도록 준수사항에 규정하고 있다.

268) 위의 논문, 142쪽.

269) 김혜정(2008), “성폭력범죄자 출소 후 감독제도 효율화 방안”, 형사정책연구 제19권 제2호, 한국형사정책연구원, 155-156쪽.

제68조b【준수사항】 ① 법원은 피선고자에게 행장감독의 전부 또는 일부 기간을 위하여 다음 사항을 지시할 수 있다.

1. 주거지 또는 체류지 또는 일정한 범위를 감독청의 허락 없이 떠나지 말 것
2. 재범의 기회 또는 자극을 줄 수 있는 특정한 장소에 머물지 말 것
3. 재범의 기회 또는 자극을 줄 수 있는 피해자 또는 특정한 사람 또는 특정한 그룹의 사람을 접촉하거나 교류하거나 채용하거나 훈련시키거나 또는 숙박시키지 말 것
4. 상황에 따라 범죄행위에 악용될 수 있는 특정한 활동을 하지 말 것
5. 재범의 기회 또는 자극을 줄 수 있는 특정한 물건을 소지하거나, 휴대하거나 또는 보관하지 말 것
6. 상황에 따라 범죄행위에 악용될 수 있는 자동차, 특정한 종류의 자동차 또는 다른 운송수단을 보유하거나, 운전하지 말 것
7. 특정한 시간에 감독청, 특정한 관청 또는 보호관찰관에게 신고할 것
8. 주거지 또는 직장을 변경할 때마다 즉시 감독청에 신고할 것
9. 실직한 경우 관할 직업중개소 또는 직업알선이 허락된 다른 관청에 신고할 것
10. 특별한 사실에 근거하여 알코올, 기타 각성제의 소비가 재범을 유발한다는 사유가 존재하는 경우에 알코올 음료 또는 기타 각성제를 복용하지 말고, 신체적 침해와 관련되지 않는 알코올이나 중독물질통제를 받을 것
11. 특정시간에 또는 정해진 간격으로 의사, 심리치료사 또는 법정병원에게 갈 것

법원은 준수사항에 금지행위 또는 요구행위를 정확하게 결정해야만 한다.

② 법원은 피선고자에게 행장감독의 전부 또는 일부기간 동안 특히 (직업)훈련, 직업, 여가, 경제적 관계 또는 부양의무의 이행 등과 관련된 더 자세한 준수사항을 부과할 수 있다. 법원은 피선고자에게 특히 정신, 심리 또는 사회치료를 받도록 하라고(치료준수사항) 지시할 수 있다. 신체적 침해와 관련되지 않는 알코올 또는 중독물질통제를 받으라는 준수사항을 위하여 제56조c 제3항은 동일하게 적용된다.

③ 준수사항에 있어 피선고자의 생활방식에 있어 기대할 수 없는 요구를 해서는 아니 된다.

④ 행장감독의 개시와 함께 제68조e 제1항 제1문 제3호에 의해 이미 존재하는 행장감독이 종료되는 경우, 법원은 이전 행장감독의 범위 내에서 부과된 준수사항을 판결로 포함해야 한다.

⑤ 제1항 제11호의 경우에 피선고자의 원호 또는 제2항의 경우에 치료가 법정병원을 통해 이루어지지 않는 한, 제68조a 제8항은 동일하게 적용된다.

또한 준수사항을 위반하는 경우 3년 이하의 자유형 또는 벌금형을 부과할 수 있도록 규정하고 있으며(독일형법 제145조a), 계속해서 현저한 범죄를 범하여 일반인을 위협하게 할 것으로 보이는 경우 무기한의 행장감독을 할 수 있도록 규정하고 있다(독일형법 제68조c 제2항).

이상과 같이 독일의 경우 시설 내 처우에서 뿐만 아니라 형집행이나 치료감호를 마치고 출소하는 경우 보호관찰과는 별도로 대상자의 치료와 보호·관리의 필요성 유무에 따라 제한적 개선처분인 행장감독을 통해서 사후적인 관리감독이 철저하게 이루어지고 있다는 점에서 시사하는 바가 크다.

3. 치료명령제도의 보완

가. 치료명령 대상 확대

치료명령은 형 확정과 동시에 지역사회에 복귀하는 대상자의 재범 방지와 사회복귀를 위한 제도로, 법무부는 2016년 12월 1일 배포한 보도자료를 통해 ‘술에 취하거나 정신장애를 가진 상태에서 가벼운 범죄를 저지른 경우에 치료를 받도록 하는 제도가 2016년 12월 2일 도입’되며, ‘그동안 주취·정신장애로 범죄를 저질렀을 경우 중한 경우에는 치료감호에 처할 수 있었으나, 경미한 경우 벌금형 등 처벌에 그칠 뿐 재범방지에 필요한 치료를 강제할 수 없었다. 치료명령제도의 도입으로 주취·정신장애인이 경미한 범죄를 저지른 경우에도 국가가 초기에 개입하여 보호관찰관의 관리 하에 통원치료를 받을 기회를 제공할 수 있게 되었다’고 평가하였다. 그러나 실제 치료명령의 부과 요건을 살펴보면, 이러한 취지를 충분히 구현하지 못하는 측면이 있어, 치료명령 처분이 가능한 대상의 범위에 대한 재검토가 필요하다.

우선, 현행 치료감호법에서의 치료명령 대상은, 실형이나 벌금형을 선고유예하거나 집행유예 하는 경우 보호관찰과 함께 치료명령을 부과하고 있어, 벌금형을 선고받은 정신장애범죄인은 치료적 처우가 불가능한 상황이다. 벌금형이라는 법적 성격에 따라 유예할 형이 없기 때문에 부가적인 의무를 부여하는 것이 바람직하지 않은 면은 있지만, 이미 성범죄에 대해 실형이나 벌금형 처분 시 이수명령의 형태로 치료프로그램에 참여하도록 하고 있어, 벌금형에 대한 치료명령 부과도 검토할 수 있다. 또한, 현행 치료명령 부과 시 보호관찰을 병과하도록 하여 벌금형에 치료명령을 부과하기 위해서는 이에 대한 재검토도 필요한데, 치료명령 대상자의 준수사항 보완 등을 통해 보호관찰의 필요적 병과 없이 치료명령 집행이 가능할 것이다.

두 번째는 정신장애 유형에 대한 추가 검토이다. 기존 정신장애범죄인의 처벌 수준은 범죄의 경중에 따라 이루어지는 경향이 있었는데, 치료를 위한 처분의 형태 및 내용은 범죄의 경중보다 정신장애의 경중, 즉 정신장애 증상의 유형 및 그에 따른 위험성을 기준으로 하는 것이 바람직하다. 즉, 심신상실이나 심신미약에 해당하는 심신장애인의 경우 치료감호, 심신미약에 해당하는 경우만 치료명령이 가능하도록 치료감호법에 규정되어 있으나, 반드시 심신미약이 인정된 경우에만 치료명령이 부과

되어야 하는 것은 아닐 수 있다.

현재의 정신장애범죄인에 대한 치료적 처분을 범죄의 중대성과 정신장애의 심각성 (책임 능력 및 치료의 필요성)에 따라 구분하면, 중증의 정신장애로 심신상실이 인정되는 경우, 중범죄나 경미범죄에 대해 치료감호 처분이 가능하고, 심신미약이 인정되는 경우 중범죄에서는 실형 또는 치료감호, 경미범죄에서는 집행유예·선고유예 시 치료명령 처분이 가능하다. 경증의 정신장애인 경우 심신상실·심신미약이 인정되기 어려운 바, 중범죄에서는 실형 처분을, 경미범죄에서는 집행유예·선고유예 시 치료명령 처분이 가능하다. 그러나 정신장애로 인해 범죄에 이르렀음에도 심신상실이나 심신미약이 인정되지 않는 경우, 치료적 처우의 필요에도 불구하고 그 정신장애 유형이 알코올 또는 약물 문제가 아니면 치료명령 처분은 원칙적으로 불가능하다. 이에, 심신미약이 인정되지 않은 정신장애범죄인에게도 치료명령 처분이 가능하도록 치료명령의 대상을 확대함으로써 <표 6-5>와 같은 처분이 이루어지도록 하는 방안을 검토하는 것이 필요하다.

<표 6-5> 정신 장애 및 범죄의 심각성에 따른 처분 유형 예시

정신장애의 심각성 \ 범죄의 중대성		중범죄	경미범죄
중증	심신상실	치료감호	치료감호
	심신미약	실형 또는 치료감호	치료명령(집행유예 등)
	심신상실·미약 불인정	실형 또는 치료명령(집행유예 등)	치료명령(집행유예 등)
경증	심신미약	실형 또는 치료명령(집행유예 등)	치료명령(집행유예 등)
	심신미약 불인정		

나. 외래치료와 입원치료의 연계

정신의학계에서의 탈원화 운동을 통해 정신장애에 대한 치료는 입원 형태의 격리치료에서 사회 내에서의 외래 치료 중심으로 변화해 왔으나, 급성기적인 정신증적 증상 등에 대해서는 여전히 단기간의 입원치료가 필요하다. 현재의 치료명령제도는 외래 통원치료가 가능하도록 규정하고 있는데, 정신장애범죄인에 대한 치료적 처우로 충분히 기능하기 위해서는 외래 치료와 민간병원에서의 입원치료가 대상자의 증상에 따라

연계할 수 있는 방안을 검토하여야 한다. 즉, 원칙적으로 외래 치료를 중심으로 치료명령을 집행하되, 응급 또는 필요 시 한정적으로 입원 치료가 가능하도록 하는 것이다. 입원치료가 필수불가결한 상황에서 최소한의 범위로 이루어지는 것은 당연하며, 비자발적인 입원 치료로 인해 초래될 수 있는 인권 침해의 소지는 정신건강복지법에서의 강제 입원 절차와 기준을 준수하도록 하여 해결할 수 있을 것이다.

다. 치료명령 기간

원칙적으로 보호관찰은 집행유예에 부과될 수 있어 보호관찰이 가능한 최장 기간이 5년인데, 치료명령 제도 도입 시 치료명령 처분에 보호관찰이 필요적으로 병과하도록 하고, 치료명령 기간이 보호관찰 기간을 초과할 수 없도록 함으로써 치료명령 부과기간을 5년 이내로 제한한 결과가 나타났다. 그러나 정신장애의 치료 기간은 대상자 특성, 치료자와의 관계 등을 비롯한 여러 요인에 의해 영향을 받으며, 그에 따라 치료기간이 단축되거나 연장될 수 있다는 점과 특히 만성화된 정신장애의 경우 치료라기보다 장기적인 약물치료 등을 통한 ‘증상 관리’의 개념이 적절함을 고려할 때, 치료기간을 5년으로 제한한 것은 무리가 있다. 실제 치료명령 대상자의 치료명령과 보호관찰의 부과기간 등을 살펴보면, 대다수의 대상자가 치료명령 2년을 부과 받고 있으나, 증상의 만성화 정도, 치료에 따른 호전 정도 등을 고려하여 보다 장기적인 증상 관리가 필요한 대상자의 처우에 대한 검토가 필요하다.

그에 대해, 치료명령 처분 가능기간을 5년 이상으로 늘리는 방안과 치료 진척상황에 따라 부과된 치료명령 기간을 연장하는 방안을 검토할 필요가 있다. 즉, 치료를 중단하면 증상이 재발하거나 악화될 수 있는데 치료를 자발적으로 유지하기 어려운 대상자의 경우 정신건강의학과 전문의 등의 의견을 통하여, 또는 대상자 또는 법적 대리인의 동의나 신청이 있고 정신건강의학과 전문의가 계속 치료의 필요성을 인정하는 경우에만 한하여, 일정 기간 동안 치료명령 기간을 연장하는 것이다. 치료명령 기간 연장에 대한 대안으로는 치료명령 또는 보호관찰 기간 종료 후 해당 대상자를 지역사회 정신보건체계에서 연계하여 관리하는 시스템이 활용될 수 있다.

라. 치료 비용의 문제

현재 치료명령과 정신건강 상담·치료조건부 기소유예 대상자의 경우, 치료비용 부담이 원칙이고 현재 치료비용 부담 주체가 확인된 대상자 중 약 62%가 자비부담하고 있으나, 치료비용에 부담을 느끼는 대상자가 적지 않다는 보호관찰 현장의 의견²⁷⁰⁾을 반영하면, 기초수급권자 지정 여부와 상관없이 국가가 비용을 부담하는 방안의 검토가 필요하다. 치료 비용의 문제로 정신장애범죄인의 치료가 중단되어 재범에 이르게 되는 상황에 대한 사회적 비용을 고려한다면, 모든 대상자의 치료비용을 국가에서 부담하는 것을 검토할 만하다.

270) 보호관찰소의 치료명령 전담보호관찰관 68명을 대상으로 한 설문조사 결과, 응답자의 60.3%가 치료명령 대상자가 치료비용에 부담을 느낀다고 응답하였다.

제 7 장



결 론

안 성 훈

결론

“이미 안전을 누리며 사는 시민들의 집단이기주의는 정신적·육체적으로 병들거나
낙오한 사람들의 불행을 대가로 하여 자신들의 안전을 확고히 하려는 경향이 있다.
그러나 이들은 사회적으로 위험해 보일지 모르나, 실상은 대부분 사회적 약자들이다.”

- 헬무트 마이어 -

정신장애인에 의한 범죄가 발생할 때마다 이를 미연에 방지하지 못한 형사사법기관
과 의료기관에 대해서 비난의 목소리가 높아진다. 정신장애인범죄가 발생을 하면 언
론보도는 매번 유사한 패턴을 보이고 있는데, 우선 “위험한 정신장애인을 방치해서는
안 된다. 정신장애범죄인에 대한 엄격한 관리대책을 마련하라”고 주장하는 기사가
나오고, 다음으로 이에 대한 반론으로 “정신장애범죄인에 대한 엄격한 대책은 정신장
애인의 인권침해와 치료처우개방화에 대한 역행으로 이어진다”, “사건의 근본적인
원인은 정신장애인에 대한 차별과 편견, 그리고 정신보건의료체계의 미비이다”라고
하는 주장이 나온다. 중국에는 이러한 주장에 대해서 “가해자의 인권만 존중되고,
피해자의 인권은 중요하지 않은가”라고 하는 재반론이 주장된다.

언론보도는 매번 이런 식으로 문제해결의 핵심에서 벗어난 논의만 반복하고 있다.
물론 정신장애범죄인에 대한 엄격한 대책마련과 정신차별의 해소, 그리고 정신보건의
료체계의 개선은 중요한 문제이다. 그러나 이런 식의 문제의 일반화, 추상화는 문제의
해결에 별다른 도움이 되지 않는다. 즉 결론이 나지 않는 논쟁으로 끝날 뿐이다.

문제의 해결을 위해서는 ‘왜 범죄가 일어났는가?’라고 하는 사실에 관한 질문, 이에
대한 답을 찾는데서 시작해야 한다. 모든 범죄사건은 다양한 요인들이 복합적으로

작용하여 발생한다. 정신장애가 원인이 된 사건의 경우도 마찬가지이다. 복잡한 요인을 하나씩 하나씩 풀어 나가고, 각각의 요인에 대해서 검토를 해나가는 것이 중요하다. 이렇게 문제를 정리해 나가는 과정에서 가장 필요한 대책이 부각되는 것이다. 그러나 우리는 하나의 중대사건이 발생하면 형사사법기관도 언론보도도 안이하게 기존의 반복되어 왔던 논의의 도식에 의지하여 또 다시 논의를 반복한다. 예컨대 2016년 강남역 주변 건물의 화장실에서 정신질환(조현병)을 앓고 있는 자가 안면식도 없는 여학생을 살해한 사건, 일명 강남역 살인사건이 발생하였다. 이 사건의 발생 원인을 사실에 근거하여 분석하면, 자·타해의 위험성이 있는 정신장애인에 대한 대책의 불비라고 하는 중대한 사회문제가 원인으로 부각되어야 할 것이지만, 그러나 언론보도의 초점은 가해자의 신상공개와 여성혐오범죄, 성별갈등 등에 있었다. 언론의 자유를 기치로 내세우는 저널리스트에게 있어서 이러한 테마가 주요 관심사인 것은 알겠지만, 그러나 이러한 논의를 아무리 한들 동종의 범죄 방지에는 전혀 도움이 되지 않는다. 결과적으로 비극이 범죄대책의 계기가 될 기회가 또 다시 없어지게 되는 것이다.

정신장애범죄인들은 범죄자이기 이전에 치료를 받아야 하는 환자라는 점에서 형사사법의 처우대상이자 정신보건의료의 처우대상이다. 따라서 이 이질적이 두 분야의 처우가 유기적이고 체계적으로 결합되어 실시될 때 이들에 대한 효율적인 치료 및 보호·관리가 이루어지고 원활한 사회복귀를 기대할 수 있다. 그러나 불행하게도 우리 사회는 정신질환을 앓고 있는 환자가 지역사회에서 안정된 삶을 살 수 있는 충분한 여건을 갖추지 못하고 있다. 정신장애인에 의한 범죄나 자·타해의 위험성이 고조된 정신과적 위기 상황이 발생하면, 우리는 여러 대안적 방식을 활용하기 보다는 주로 입원이라고 하는 강제적 치료에 의존하고 있다.

정신의료 전문가에 의하면 중증 정신질환을 앓고 있는 환자는 자신이 필요로 하는 구체적 욕구가 충족되지 않기 때문에 자주 위기를 경험하게 된다고 한다. 환자들은 일상생활의 모든 부분에서 많은 도움을 필요로 하고, 또한 어떤 환자의 경우에는 신체질환을 치료하기 위해 또는 항정신병 약을 규칙적으로 잘 복용하도록 하기 위해

서 많은 도움을 주어야 한다. 따라서 중증 정신질환을 앓고 있는 대부분의 정신장애인들은 정신질환으로 인한 부족한 부분을 보완해줄 수 있는 원조를 받을 수 있는 경우에만 지역사회에서 안정적으로 생활할 수 있다. 따라서 적절한 원조가 제공되지 않거나 이용할 수 없는 경우에는 중증 정신장애인들은 심각한 어려움을 겪게 된다. 예컨대, 자신의 주거지에서 쫓겨날 상황에 직면하거나, 돈에 대한 관리가 되지 않아 생활비가 없이 생활하거나, 또는 약을 복용하지 않을 가능성이 증가하게 된다. 이러한 상황들은 단독으로 혹은 여러 가지가 복합적으로 작용하여 환자에게 큰 스트레스를 안겨주며 나아가 정신과적 증상과 위기를 유발하게 된다.

겉으로 보기에는 환청이나 이상행동 등이 심해지는 것이 문제일 수도 있지만, 그 직접적인 원인이 주거가 불안정해졌거나 생활비의 부족, 친구나 가족관계의 변화 등에 의한 스트레스, 또는 항정신병 약의 복용 중단 등일 수도 있다.

따라서 이러한 정신과적 증상과 위기에 대해 효과적으로 대처하기 위해서는 정신장애인에 대한 지속적인 보호와 관리를 통해 그들이 지역사회에서 다시 건강을 회복하고 안정된 사회생활을 지속하기 위해서 어떠한 치료와 원조가 필요한지를 알아내는 것이 무엇보다도 중요하다고 할 것이다.

사실 현행 형사사법체계와 정신보건의료체계는 전통적으로 대상자에 대한 입원여부를 결정하는 것에만 주목해 왔다. 그 배경에는 정신장애인에 대한 잘못된 편견과 이들에 대한 사회 내 치료체계의 미비가 큰 원인으로 작용하고 있다. 예컨대 공공장소에서 소리를 지르거나 옷을 벗는 등의 행위를 하고, 또는 폭력적인 행위를 보이는 정신질환자가 있다고 가정할 때, 그 환자의 행동이 특별한 문제를 초래하지 않았고, 그 일시적이고 급성적인 증상으로 약의 복용을 통해 안정화되어, 입원치료가 아닌 지역사회 내에서 치료가 적절한 방법이 될 수 있더라도, 그 환자를 돌보아야 할 책임이 있는 가족의 입장에서는, 소란을 피운 환자가 세 들어 사는 집 주인의 입장에서는, 또는 지역사회의 안전을 확보해야 하는 경찰의 입장에서는 환자를 퇴원시킨다는 것이 전혀 도움이 되지 않는다고 생각하여 지역사회에서 격리하고 하는 강제입원을 선택하게 된다.

이런 종래의 대처방식은 정신장애인에게 어떤 치료가 필요할 것인가 보다는 어디서

치료를 할 것인가에 대해 결정을 내리는 것에 다름 아니다. 물론 입원치료가 꼭 필요하고 이를 통해 적절한 치료가 이루어질 수 있다면 최선일 수 있겠으나, 강제입원 여부부터 고려하는 대처방식은 결코 정신장애인의 정신과적 증상과 위기에 효과적으로 대처하기 위한 출발점이 될 수 없다.

정신장애범죄인의 경우에도 본질은 범죄행위의 원인이 정신질환에 근거하고 있다는 점에서 정신장애인의 처우와 근본적으로 다르지 않다. 그러나 정신장애범죄인들은 정신보건체제와 사법체제 그 어느 쪽에도 적용되지 못한 채 서로 떠넘겨지며 양쪽에서 배척당하고 있는 것처럼 보인다. 앞서 살펴보았듯이 정신장애범죄인에 대한 처우는 형사사법체제와 정신보건의료체제가 서로 협력함으로써 가장 효과적으로 관리될 수 있음은 분명해 보인다. 물론 양쪽 체제를 통합하는 접근방식이 현실에서는 많은 어려움이 있겠지만, 만약 실행할 수만 있다면 양쪽 모두에게 많은 도움이 될 것이다. 즉 양쪽 체제에서 일하는 사람들이 서로 협조할 경우 당사자들이 이용당한다는 느낌 대신 오히려 각자의 역할을 더 잘 할 수 있고, 제한된 자원의 이용을 극대화 할 수 있으며, 양쪽 체제에서 환자를 떠넘기는 현상을 최소화 할 수 있을 것이다. 그러나 가장 중요한 점은 무엇보다 그러한 협력적 접근방식을 통해 정신장애범죄인에게 필요한 치료처우와 사회복귀처우를 제공할 수 있고, 또한 환자가 자신의 행동에 책임을 지도록 만들 수 있을 것이다. 현재와 같이 형사사법체제가 정신보건의료체제를 통한 치료처우를 대신할 수 없기 때문에 정신보건의료체제상의 치료처우를 이용할 수 없다는 이유만으로 정신장애범죄인에 대한 격리와 수용 위주의 대책이 지향되어서는 안 될 것이다.

참고문헌

1. 국내문헌

가. 학술지 논문

- 강경래(2010), “정신장애범죄인에 대한 사회내처우의 확대방안에 관한 고찰 - 우리나라와 일본의 비교를 중심으로”, 법학연구 제13권 제1호, 인하대학교 법학연구소
- 김민이(2015), ““형 집행 종료후 보호관찰”에 관한 연구”, 비교형사법연구 제17권 제2호, 한국비교형사법학회
- 김혜정(2008), “독일의 최근 동향을 통해 바라본 우리 보안처분제도의 재조명”, 법조 제57권 제10호, 법조협회
- _____(2008), “성폭력범죄자 출소 후 감독제도 효율화 방안”, 형사정책연구 제19권 제2호, 한국형사정책연구원
- _____(2013), “보안처분의 체계적 입법화를 위한 소고”, 형사법연구, 제25권 제4호, 한국형사법학회
- 박학모(2014), “보안처분제도의 재구성을 위한 성찰과 제언”, 보호관찰 제14권 제1호, 한국보호관찰학회
- 손외철(2011), “치료감호 가종료자의 재범요인과 재범률 감소방안에 관한 연구”, 한국 범죄심리연구 제7권 제1호, 한국범죄심리학회
- 신은주(2010), “미국과 뉴질랜드에 있어서 정신질환자의 외래치료명령제도”, 한국의료법학회지 제18권 제2호, 한국의료법학회
- _____(2010), “정신질환자에 대한 외래치료명령제도”, 한국의료법학회지 제18권 제1호, 한국의료법학회
- 윤석주(2018), “미국 정신질환 범죄자에 대한 처벌 및 재범방지를 위한 법과 제도 연구”, 국외훈련검사 연구논문
- 이곤호(2014), “독일의 정신장애범죄인에 대한 사회 내 치료제도 연구”, 국외훈련검사 연구논문집 제29집
- 이유진 외 7인(2011), “우리나라 외래치료명령제의 시행과 개선방향”, 생물치료정신의학 제17권 제2호, 대한생물치료정신의학회

정지숙/신정/이장규(2012), “재범위험성 평가도구 타당도검증: 정신장애범죄인용”, 한국심리학회지:일반, Vol. 31 No. 3. 한국심리학회

나. 학위 논문

성경숙(2009), “정신장애범죄인의 형사책임에 관한 연구”, 성균관대학교 박사학위논문
손외철(2011), “치료감호 가종료자의 재범요인에 관한 연구”, 동국대학교 박사학위논문
이상희(2011), “현행 치료감호제도에 관한 연구”, 성신여자대학교 석사학위논문

다. 단행본

American Psychiatric Association(권준수 외 역)(2015), 「정신질환의 진단 및 통계편람」(제5판), 학지사
대한신경정신의학회(2005), 「신경정신의학」(제2판), 중앙문화사
민성길 외 다수(2006), 「최신정신의학」(제5판), 일조각
박상기/손동권/이순래(2012), 「형사정책」(제11판), 한국형사정책연구원
이정균/김용식 편저(2003), 「정신의학」(제4판), 일조각

라. 연구보고서 등 기타자료

국립정신건강센터(2017), 사법정신건강사업
권수진/신권철(2015), “정신보건법정 및 사법병동에 관한 연구”, 연구총서, 한국형사정책연구원
대검찰청(2018), 2017 범죄분석
_____ (2017), 2016 범죄분석
_____ (2016), 2015 범죄분석
박학모/안성훈(2016), “치료감호제도의 재정비 방안 연구”, 연구용역보고서, 법무부
법무부, 「보호관찰 대상자 재범 관련 업무 처리 지침」
법무연수원(2018), 2017 범죄백서

_____ (2017), 2016 범죄백서

법원행정처(각 연도), 사법연감

보건복지부(2018), 2018년 정신건강사업 안내

신권철(2013), “경미범죄 정신장애인 치료제도의 도입방안”, 연구용역보고서, 서울보호
관찰소

안성훈(2011), “치료감호제도의 개선방안 연구”, 연구총서, 한국형사정책연구원

윤정숙/탁희성(2014), “정신질환자 관리실태와 범죄예방대책”, 연구용역보고서, 대검찰청

이만우(2018), “정신질환자 범죄 예방 및 치료 지원을 위한 정책방안”, 이슈와 논점
제1499호, 국회입법조사처

이영문(2012), “지역사회 정신보건정책”. 국립암센터 교육훈련자료집

전준희(2016), “정신건강증진센터의 역할과 한계”, 복지이슈 Today vol. 41, 서울복지재단

보건복지부 보도자료(2017.05), “정신보건법 개정 배경 및 정신건강복지법 주요내용
안내”

보건복지부 보도자료(2018.07.23), “퇴원 후에도 지속 치료 필요 시 환자 동의 없이도
사례관리 추진”

“‘강남역 묻지마 살인사건’ 범인, 징역 30년 확정”, 조선일보, 2017년 4월 13일자
(http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2017/04/13/2017041301057.html)(검색일 2018.11.12.)

“검찰, 강남역 살인 사건은 여성혐오 아닌 정신질환 탓”, 중앙일보, 2016년 7월 10일자
(<http://news.joins.com/article/20286879>)(검색일 2018.11.30.)

“정신질환자들 … 강력범죄 비율, 일반범죄자의 10배”, 동아일보, 2016년 7월 19일자
(<http://news.ichannela.com/society/3/03/20160719/79264928/2>)(검색일 2018.11.30.)

“조현병 강력 범죄, 치료 이후 가능성 94%↓”, 데일리메디, 2016년 7월 6일자
(<http://www.dailymedi.com/detail.php?number=807994>)(검색일 2018.11.12.)

“중증 정신질환자 국가가 적극 관리·치료해야”, 경기신문, 2018년 6월 12일자
(<http://www.kgnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=518231>)(검색일 2018.11.10.)

2. 외국문헌

藤本哲也(2008), 刑事政策概論 全訂第6版, 青林書院

中谷陽二(2005), 司法精神医学と犯罪病理, 金剛出版

Duwe, G.(2015), “Does Release Planning for Serious and Persistent Mental Illness Offenders Reduce Recidivism? Results From and Outcome Evaluation”, Journal of Offender Rehabilitation, 54:19-36,(pp 20)

Peterson, J., Skeem, J. L., Hart, E., Vidal, S., Keith, F.(2010), “Analyzing Offense Patterns as a Function of Mental Illness to Test the Criminalization Hypothesis”. Psychiatric Services. 61(12): 1217-1222, Corrections & Mental Health

Silver, E.(2006), “Understanding the relationship between mental disorder and violence: The need for a criminological perspective”, Law and Human Behavior, 30, 685-706

Abstract

Management Plan in the Community for Prevention and Reduction of Crimes Against Persons with Mental Disabilities

Sung-hoon An · Jin-kyung, Chung

Suffering from large and small stresses, modern people are exposed to mental illnesses such as mood disorders, anxiety disorders, depression, and panic disorders. And sometimes, they shock our society by committing serious crimes due to such stress and mental disorders.

So far, when a crime by a person with mental disabilities occurs, the government has focused on treatment through facility admissions such as institute of forensic psychiatry or medical treatment in prison. However, recent incidents of mental illness-driven crimes have been caused by people living in the community and are often caused by people with previous criminal and treatment records. Therefore, a need to emphasize preventive management and prevention of recurrence rather than retroactive punishment is strongly being raised.

On the other hand, the high recidivism rate of criminals with mental disabilities is also pointed out as a problem. According to the National Police Agency's "Crime Statistics for 2016", incidence of criminals with mental disabilities is higher among 9-time or more offenders (17.1%) than among first-time offenders (14.7%). Along with social and economic factors faced by criminals with mental disabilities after release, the fact that they are unable to receive continuous treatment is also cited as a cause of recidivism.

As a result, since December, 2016, the government has introduced and implemented a 'treatment order system', which suspends sentences for mentally and physically disabled criminals, alcoholics, etc. who need treatment and are at risk of recidivism, and orders them to be first treated in a specialized hospital

under the supervision of a probation officer. The government is also strengthening the treatment and management of persons with mental disabilities in the society by introducing the probation system for ex-offenders whose treatment period has expired.

As community management is becoming more important for the prevention of crimes by persons with mental disabilities through the revised law, the need to effectively provide guidance, supervision, and social reintegration in crime prevention and probation stages at the police level is being raised.

This study seeks to identify a link between the community mental health care system and the community criminal justice system, to strengthen the treatment, protection, and management of criminals with mental disabilities.

연구총서 18-B-09

정신질환자 범죄의 예방 및 감소를 위한 지역사회 내 관리방안

발 행 | 2018년 12월

발 행 처 | 한국형사정책연구원

발 행 인 | 한 인 섭

등 록 | 1990. 3. 20. 제21-143호

주 소 | 서울특별시 서초구 태봉로 114

전 화 | (02)575-5282

홈페이지 | www.kic.re.kr

정 가 | 10,000원

인 쇄 | (주)현대아트컴 02-2278-4482

I S B N | 979-11-89908-01-0 93360

• 사전 승인없이 보고서 내용의 무단 전재 및 복제를 금함.