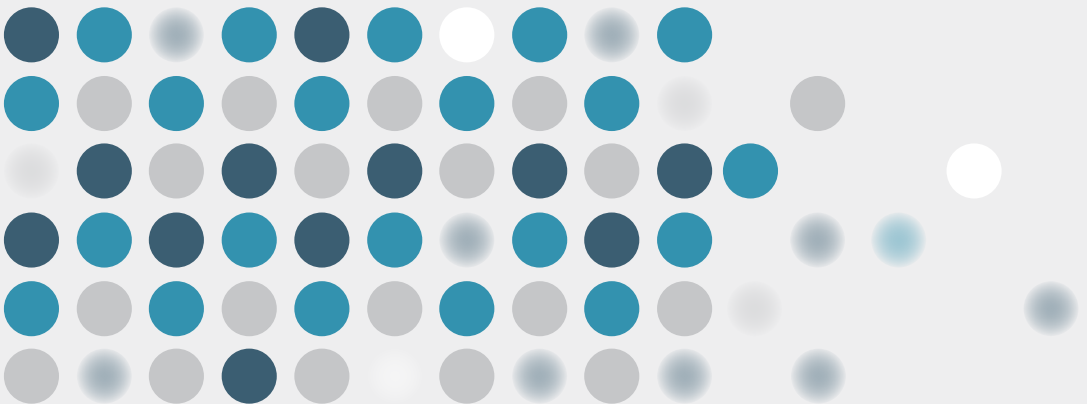


정신보건법정 및 사법병동에 관한 연구

*A Study on Mental Health Court and
Forensic Psychiatric Ward*

권수진 | 신권철



발간사

현대 정신의학의 발전에 따라 정신장애의 원인에 대하여 폭넓게 규명이 되고, 그에 대한 치료방법도 발달해 오고 있습니다. 그럼에도 불구하고 인간의 정신장애는 감소하지 않고 오히려 증가하고 있습니다. 이는 사회가 복잡하고 다양해지면서 그로 인한 스트레스 등 정신장애를 유발하는 요인들이 이전에 비하여 훨씬 증가하였기 때문이라고 할 수 있습니다. 특히 최근에는 일명 '신림동 고시원 살인사건'에서처럼 정신장애가 범죄를 유발하는 주요원인 중 하나로 지목되고 있기도 합니다.

이와 같이 현대사회에서 정신장애와 그로 인한 문제가 증가하면서, 정신장애로 인해 위법행위로 나아간 사람에 대한 형사재판과 형사제재에 대하여 검토할 필요성도 커졌습니다. 그런데 정신장애인은 이성적 판단으로 위법행위를 한 것이 아니기 때문에 일반인과는 다른 형사재판과 형사제재가 필요합니다. 그러나 현행 정신장애인에 대한 형사재판은 정신감정을 하는 것 이외에는 일반인에 대한 형사재판과 크게 다르지 않습니다. 또한 정신장애인에 대한 형사제재는 형벌을 감면하고 치료감호를 부과하는 것이 대부분인데, 그동안 치료감호제도는 '치료'보다는 '감호'에 중점을 두어 많은 한계를 갖고 있습니다.

이에 본 연구에서는 정신장애인에 적합한 형사재판제도로써 주로 영미법계 국가에서 운영하고 있는 정신보건법정과 이들에 대한 치료처우를 담당하는 사법병동의 바람직한 운영방안을 모색하였습니다.

그 구체적 내용으로서 정신장애인에 대한 현행 형사재판절차의 한계와 그 대안으로 논의되고 있는 영국, 미국, 독일, 일본 등 주요국의 정신보건법정 또는 전담재판부 등에 대하여 검토하고 그 도입 필요성과 가능성에 대하여 연구하였습니다. 그리고 이들에 대한 치료처우로서 현행 치료감호제도를 고찰하여 치료감호기관과 치료처우의 한계 등 치료감호제도의 문제점을 파악하고, 영국, 미국, 독일, 일본 등 주요국의 정신장애인에 대한 치료처우 시설인 사법병동에 대하여 검토하여 보다 나은 치료처우

시설로서의 발전방안을 제시하였습니다. 이에 더하여 이 연구에서는 정신장애인에 대한 형사재판절차와 치료처우의 개선을 위하여 관련 기관 종사자, 법률가, 의료인 등 관련 전문가들의 의견을 수렴하고, 치료감호법에 대하여 검토하여 정신보건법정의 도입 및 사범병동의 발전 방안을 담았습니다.

이 연구가 정신장애와 정신장애에 의한 범죄를 이해하고, 정신장애인에 적합한 형사재판절차와 효과적인 치료처우에 관한 정책을 수립하는데 도움이 되리라고 생각합니다.

연구원은 이 연구의 수행을 위하여 자문 및 자료 협조, 그리고 전문가 의견조사 등을 통하여 많은 도움을 주신 국립법무병원 및 국립부곡병원의 관계자, 정신의학 전문가, 법률가분들께 깊은 감사의 말씀을 드립니다. 그리고 1년간 이 연구를 성실히 수행한 한국형사정책연구원 권수진 전문연구원과 서울시립대학교 법학전문대학원 신권철 교수의 노고를 치하하는 바입니다.

2015년 12월

한국형사정책연구원

원장 **김진환**

목 차

국문요약	1
------------	---

제1장 서 론 (권수진)	5
-----------------------	---

제1절 연구의 목적	7
------------------	---

제2절 연구의 범위와 방법	9
----------------------	---

1. 연구의 범위	9
-----------------	---

2. 연구의 방법	10
-----------------	----

제2장 정신보건법정과 사법병동의 이론적 기초 (신권철) ...	13
--------------------------------------	----

제1절 정신보건법정과 사법병동의 개념과 유형	15
--------------------------------	----

1. 정신보건법정의 개념과 유형	15
-------------------------	----

가. 정신보건법정의 개념	15
---------------------	----

나. 정신보건법정의 유형	16
---------------------	----

2. 사법병동의 개념과 유형	17
-----------------------	----

가. 사법병동의 개념	17
-------------------	----

나. 사법병동의 역사	18
-------------------	----

다. 사법병동의 유형	19
-------------------	----

라. 사법병동 내의 법적 관계	19
------------------------	----

제2절 형사사법과 정신이상 항변(insanity defense)	20
---	----

1. 정신이상 항변(insanity defense)의 역사	20
--	----

가. 형사재판과 정신이상	21
---------------------	----

나. 정신이상 항변과 수용시설	22
------------------------	----

2. 주요국의 정신이상 항변	23
-----------------------	----

가. 영국	24
나. 미국	24
다. 캐나다	25
3. 위법행위를 한 정신장애인에 대한 처우	26
가. 위법행위를 한 정신장애인에 대한 처우의 공통점	26
나. 정신이상 항변과 정신보건법정의 등장	27
4. 정신이상 항변의 한계	28
5. 치료법학(Therapeutic Jurisprudence)의 등장	29
가. 치료법학의 개념과 기능	29
나. 치료법학의 확장	30
다. 치료법학과 정신보건법정에 대한 비판	32

Ⅲ 제3장 | 우리나라의 정신장애인에 대한 형사재판과

치료처우 (권수진) 33

제1절 형사재판제도 35

1. 수사 및 재판 절차 관련 법규	35
2. 수사 및 재판 절차에서 정신감정의 기능	37
3. 정신장애 범죄 및 범죄자 관련 현황	38
가. 전체 범죄의 발생 추이	38
나. 정신장애인 범죄의 발생 추이	40
(1) 범죄자 범행시 정신상태	40
(2) 정신장애인의 범죄 발생 추이	40
(3) 정신장애인의 죄명별 추이	42
(4) 정신장애 범죄자의 전과 현황	44
다. 정신장애와 범죄의 상관관계	45

제2절 치료처우 46

1. 치료감호제도	46
가. 치료감호제도의 발전	46
나. 치료감호의 의의 및 법적성격	47
다. 치료감호의 요건	48

(1) 일반적인 요건	48
(2) 대상자별 요건	49
라. 치료감호 절차 및 관련 법령	50
(1) 입소절차	50
(2) 퇴소절차	52
2. 치료감호소의 조직 및 운영 현황	54
가. 치료감호 조직 및 시설	54
(1) 치료감호소 직원 현황	55
(2) 치료감호소 시설 현황	55
(3) 치료감호소 병동별 수용인원 현황	56
나. 치료감호소 운영 현황	57
(1) 치료감호 대상자별 수용현황	57
(2) 치료감호자 병명별 수용현황	59
(3) 치료감호자 죄명별 수용현황	60
(4) 치료감호자 범죄 횟수별 수용현황	62
(5) 치료감호자 연령별 수용현황	63
(6) 치료감호자 학력별 수용현황	64
(7) 치료감호자 직업별 수용현황	66
(8) 치료감호소의 정신감정 유치현황	67
3. 지정법무병원의 설치 및 운영	68
가. 지정법무병원의 설치	69
나. 지정법무병원의 운영 현황	69
(1) 시설 현황	69
(2) 조직 및 인력 현황	69
(3) 수용자 현황	70
제3절 치료감호 시설내 치료처우	72
1. 시설 내 치료처우 개관	72
2. 처분별 치료	73
가. 제1호 처분	73
나. 제2호 처분	74
다. 제3호 처분	74
제4절 퇴원 후 관리	76
1. 보호관찰	76

2. 출소 후 정신보건서비스	76
3. 무상 외래진료 등	77

| 제4장 | 주요국의 정신보건법정 및 사법병동 (신권철) ... 79

제1절 미국의 정신보건법정	81
1. 정신보건법정의 개관	81
2. 정신보건법정의 이해	82
가. 정신보건법정의 정의	82
나. 정신보건법정의 설립배경	83
다. 정신보건법정의 목적	83
라. 정신보건법정의 참여대상자	85
마. 약물법정과의 차이점	85
바. 정신보건법정의 효용성에 대한 연구결과	87
(1) 정신보건법정 운영의 측면	88
(2) 정신보건법정 효용성의 측면	89
사. 정신보건법정의 필수요소	92
아. 정신보건법정 도입과 운영의 쟁점	94
자. 최초의 정신보건법정의 운영	95
3. 정신보건법정의 실제 운영	96
가. 정신보건법정의 현황	97
나. 브롱스(Bronx) 정신보건법정의 현황	99
(1) 브롱스 정신보건법정의 기간과 대상자	99
(2) 정신보건법정의 운영과 이해관계인의 역할	102
(3) 정신보건법정의 사건절차 흐름도	104
4. 미국 내 정신보건법정의 문제점	106
제2절 영미권계 국가의 정신보건법정 또는 연계프로그램	107
1. 개관	107
2. 영국(England and Wales)의 위법행위를 한 정신장애인 규율	108
가. 위법행위를 한 정신장애인에 대한 정신보건법 적용	108
나. 정신보건법정 시범사업(Pilot Program)	110
(1) 시범사업(Pilot Program)의 제안	110

(2) 시범사업(Pilot Program)의 시행	111
(3) 영국 정신보건법정 시범사업(Pilot Program)의 핵심적 요구사항	111
(4) 시범사업을 한 두 지역의 정신보건법정 모델의 핵심요소	112
(5) 정신보건법정 시범사업(Pilot Program)의 현황	113
(6) 정신보건법정 시범사업(Pilot Program)에 대한 평가	113
3. 캐나다의 정신보건법정	114
가. 개관	114
나. 캐나다의 정신보건법정과 다이버전 프로그램	115
다. 캐나다 정신보건법정 모델의 특징	116
4. 호주 정신보건법정과 다이버전 프로그램	116
가. 개관	116
나. 정신보건 연계 프로그램(mental health liaison program)	117
다. 퀸즈랜드 주의 정신보건법정	118
제3절 대륙법계 국가의 위법행위를 한 정신장애인 처우	119
1. 개관	119
2. 독일	120
가. 위법행위를 한 정신장애인 처우	120
나. 정신병원 및 금단치료소 감호처분	121
(1) 처분의 요건과 절차	121
(2) 정신병원 및 금단치료소 감호처분 현황	121
(3) 교도소 및 일반 정신병원 수용현황과의 비교	123
다. 외래(통원)치료의무와 사법외래환자센터	124
라. 정신병원 감호처분에 대한 최근의 개정 논의	125
(1) 몰라트 사건과 법개정 작업	125
(2) 독일형법상 치료조항의 해석	126
(3) 정신병원 감호처분 등의 개정안	127
3. 일본	128
가. 위험한 정신장애를 이유로 한 수용	128
나. 조치입원의 현황	129
다. 의료관찰법 제정의 배경	131
라. 의료관찰법의 내용	131
(1) 대상자	131
(2) 심판절차	132

(3) 입원결정의 집행과 입원계속의 심사	132
(4) 통원(외래치료)결정의 집행과 통원계속의 심사	133
(5) 지역사회처우계획(정신보건관찰 및 원조)	133
마. 의료관찰법 운영현황과 문제점	134
(1) 의료관찰법 운영현황	134
(2) 문제점	135
제4절 주요국의 사법병동	136
1. 미국의 사법병동	136
가. 개관	136
나. 캘리포니아 주의 사법병동	137
다. 뉴욕 주의 사법병동	138
2. 독일의 사법병동	140
가. 사법병동의 유형과 운영	140
(1) 사법병동의 유형과 현황	140
(2) 사법병동의 운영방식	142
나. 사법병동 관련 규율과 실제	142
(1) 독일행형법의 규정	142
(2) 정신병원 감호처분의 집행과 석방	143
(3) 바덴-뷔르템베르그 주의 정신병원 감호처분 환자의 규율	144
(4) 독일 각 주의 정신질환자법과 위법행위를 한 정신장애인	147
다. 베를린 전문사법정신병원의 현황	148
(1) 수용환자와 직원의 현황	148
(2) 석방 전후 사회 내 치료제도	149
3. 일본의 사법병동	150
가. 개관	150
나. 일본 기타큐슈(北九州) 의료형무소	151
(1) 시설 및 인력	151
(2) 수용대상자	152
(3) 치료 및 처우	152
다. 의료관찰법병동	153
(1) 의료관찰법병동 설립의 배경과 시행경과	153
(2) 의료관찰법병동의 기준	154
(3) 의료관찰법에 따른 수용자의 처우	155

(4) 의료관찰법병동 현황	156
(5) 지정입원의료기관 및 지정통원의료기관 현황	157
(6) 의료관찰법에 따른 입원조치 등	157
4. 국내외 상황의 시사점	158
가. 정신보건법정	158
나. 사법병동	159

| 제5장 | 전문가 의견조사 (권수진·신권철) 161

제1절 의견조사에 대한 분석	163
1. 의견조사 개관	163
2. 의견조사 분석	164
가. 정신질환과 범죄와의 연관성 여부	164
나. 현재 정신질환 범죄에 대한 구체적 문제점	165
다. 현행 치료감호제도에 대한 의견	165
라. 정신보건법정에 대한 의견	166
마. 사법병동에 대한 의견	168

| 제6장 | 정신보건법정 및 사법병동의 발전방안 (권수진) .. 171

제1절 정신장애인 형사재판제도의 발전방안	173
1. 정신장애인의 형사재판제도의 한계	173
가. 관련 규정	173
(1) 현행 규정	173
(2) 치료감호법 개정안	174
나. 형사재판실무에서의 노력	175
2. 전문법원의 필요성과 가능성	177
가. 전문법원의 도입 필요성	177
나. 전문법원의 도입 가능성	178
(1) 전문법원의 기본이념	178

(2) 전문법원의 장·단점	178
(3) 전문법원의 도입형태	179
제2절 사법병동의 발전방안	180
1. 치료기관으로서의 사법병동	180
가. 치료감호 관계법령의 정비	181
(1) 치료감호법령의 정비	181
(2) 세부 운영지침의 정비	181
나. 대상별 분리 수용	183
다. 치료대상 및 기준의 명확화	183
라. 정신감정의 기능 확대	184
2. 치료감호 기관의 개선	185
가. 지정법무병원	185
(1) 지정법무병원의 역할 제고	185
(2) 권한과 책임의 조정	186
나. 인력 및 조직의 정비	187
(1) 인력	187
(2) 조직	189
다. 시설의 정비	190
(1) 국립법무병원	190
(2) 지정법무병원	190
3. 치료처우의 변화	191
가. 치료 프로그램의 내실화	191
나. 외래진료의 활성화	192
다. 지역사회 내 정신보건 서비스	193
 참고문헌	 195
 Abstract	 203
 [부록] 치료감호 등에 관한 법률	 207

표 차례

〈표 3-1〉 전체범죄의 발생건수 추이(2005-2014)	39
〈표 3-2〉 범죄자 범행시 정신상태(2005-2014)	40
〈표 3-3〉 정신장애인의 범죄 발생 추이(2005-2014)	41
〈표 3-4〉 정신장애인의 주요 죄명별 발생 현황(2005-2014)	42
〈표 3-5〉 정신장애 범죄자의 전과 현황(2005-2014)	44
〈표 3-6〉 치료감호소 감정현황(2008-2013)	51
〈표 3-7〉 분리수용 및 병동의 종류	51
〈표 3-8〉 치료감호소 직원현황	55
〈표 3-9〉 치료감호소 시설 현황	56
〈표 3-10〉 치료감호소 병동별 수용인원 현황	56
〈표 3-11〉 치료감호 대상자별 수용현황(2005-2014)	58
〈표 3-12〉 치료감호자 병명별 수용현황(2005-2014)	59
〈표 3-13〉 치료감호자 죄명별 수용현황(2005-2014)	61
〈표 3-14〉 치료감호자 범죄 횟수별 수용현황(2005-2014)	62
〈표 3-15〉 치료감호자 연령별 수용현황(2005-2014)	63
〈표 3-16〉 치료감호자 학력별 수용현황(2005-2014)	65
〈표 3-17〉 치료감호자 직업별 수용현황(2005-2014)	66
〈표 3-18〉 치료감호소의 정신감정 유치현황(2005-2014)	67
〈표 3-19〉 지정법무병원 인력현황(2015.8)	70
〈표 3-20〉 지정법무병원 치료감호 대상자별 수용현황(2015.8)	70
〈표 3-21〉 지정법무병원 치료감호자 병명별 수용현황(2015.8)	71
〈표 3-22〉 지정법무병원 치료감호자 죄명별 수용현황(2015.8)	71
〈표 3-23〉 지정법무병원 치료감호자 연령별 수용현황(2015.8)	71
〈표 3-24〉 지정법무병원 치료감호자 학력별 수용현황(2015.8)	72
〈표 3-25〉 지정법무병원 치료감호자 직업별 수용현황(2015.8)	72
〈표 4-1〉 미국 약물법정과 정신보건법정의 주요 차이점	87
〈표 4-2〉 체포시부터 미국 브롱스 정신보건법정 참여시까지 걸리는 기간	100
〈표 4-3〉 독일 정신병원 감호처분 현황(1970-2013)	122
〈표 4-4〉 독일 금단치료소 감호처분 현황(1970-2013)	123
〈표 4-5〉 독일 수용시설별 수용인원 비교(1970-2008)	124
〈표 4-6〉 일본 조치입원 현황(1955-2012)	129

〈표 4-7〉 미국 캘리포니아 주 Atascadero 주립병원 수용현황(2015. 3. 8. 기준) ..	138
〈표 4-8〉 독일 내 전문사법정신병원의 수(2010. 12. 31. 기준)	140
〈표 4-9〉 독일 내 일반 정신병원 내 사법정신병동의 수(2010. 12. 31. 기준)	141
〈표 4-10〉 베를린 전문사법정신병원 병동 구성 및 인적 구성과 수용현황	149
〈표 4-11〉 베를린 전문사법정신병원 연도별 수용현황(2001-2012)	149
〈표 4-12〉 일본 의료관찰법병동(지정입원의료기관)의 인력 및 시설기준	154
〈표 4-13〉 의료관찰법 병동 입원환자 단계별 내역(2014. 12. 31. 기준)	156
〈표 4-14〉 의료관찰법 병동 입원환자 질병분류(2014. 12. 31. 기준)	157
〈표 4-15〉 의료관찰법 1심 심판 중국처리 현황(2005. 7. 15. - 2013. 12. 31.)	158
〈표 6-1〉 일본의 사법병동(의료관찰법병동)과 한국정신의료기관 인력기준 비교	187

그림 차례

[그림 3-1] 전체 범죄 발생건수 추이	39
[그림 3-2] 정신장애인의 범죄 발생 추이	41
[그림 3-3] 정신장애 범죄자 전과 현황	45
[그림 3-4] 치료감호소 조직	54
[그림 3-5] 치료감호소 내 병실	57
[그림 3-6] 치료감호 대상자별 수용현황	58
[그림 3-7] 치료감호자 병명별 수용현황	60
[그림 3-8] 치료감호자 죄명별 수용현황	61
[그림 3-9] 치료감호자 범죄 횟수별 수용현황	63
[그림 3-10] 치료감호자 연령별 수용현황	64
[그림 3-11] 치료감호자 학력별 수용현황	65
[그림 3-12] 치료감호자 직업별 수용현황	67
[그림 3-13] 치료감호소 정신감정 유치현황	68
[그림 4-1] 미국 브롱스 정신보건법정의 사건절차 흐름도	105

국문요약

현대사회가 발달하면서 정신장애의 원인규명과 치료방법이 발전하였음에도 불구하고 정신장애를 원인으로 한 범죄가 꾸준히 발생하고 있다. 이러한 까닭에 정신장애인에 대한 형사재판과 치료처우에 대하여 검토할 필요성 또한 커졌다.

일반적으로 정신장애인은 일반인과 같은 합리적인 판단과 행동을 기대하기 어렵기 때문에 일반 형사재판에서 형을 감경하거나 면제받는다. 이와 달리 치료적 사법의 관점에서는 위법행위를 한 정신장애인을 대상으로 한 특수한 형사재판제도로써 정신보건법정과 사법병동에서 이들에 대한 다양한 치료처우를 하고 있다.

미국의 경우 정신장애인에 대한 형사사법적 대응책의 하나로 정신보건법정을 설립하였다. 미국의 대부분의 주에서는 위법행위를 한 정신장애인은 정신보건법정에서 본인의 선택으로 치료 프로그램을 이수하는 등 일반적인 형사사법절차와는 다른 방법을 통하여 범죄에 대한 형사처벌을 감면받는다. 다만, 최근에 생긴 정신보건법정의 경우에는 중범죄를 저지른 정신장애인도 포함하면서 자발적 동의보다 강제적 치료방식이 강조되고 있다. 그리고 미국의 사법병동은 각 주마다 형사사법시스템과 정신보건시스템을 연계하는 법률과 방식이 다양한데, 일반적으로 오늘날 미국의 사법병동은 위법행위를 한 정신장애인이 환자로 이송된 경우 이외에도 교정시설 내에서 정신과적 치료를 담당하거나 교정시설에서 퇴소 한 후 외래 치료를 담당하는 의료기관도 포함하고 있다.

영국에는 공식적인 정신보건법정은 없으며, 위법행위를 한 정신장애인에 대하여 법원이 치료명령을 부과하면 대상자는 정신보건법에 의해 형사사법시스템에서 정신보건시스템으로 이송된다. 영국 정신보건법에 의해 설립된 정신보건심판원은 일반환자나 사법환자의 비자의입원과 치료, 퇴원신청 등을 심사하는 독립된 준사법기관으로 환자의 퇴원, 조건부 퇴원, 이송 허가 등의 결정권한을 갖는다. 영국 사법병동에서 치료명령을 받은 정신장애 범죄자는 강제입원을 당한 환자의 지위와 거의 차이가

2 정신보건법정 및 사법병동에 관한 연구

없다. 다만, 법원이 사법환자에 대하여 치료명령과 동시에 퇴원제한명령을 부과하면 병원 의료전문가의 퇴원조치 등에 있어서 제한을 받는다.

영미법계 국가와 달리 대부분의 대륙법계 국가의 경우, 위법행위를 한 정신장애인에 대한 형사재판을 위하여 별도의 정신보건법정을 운영하지는 않고, 일반 형사법원 형집행부에서 이들에 대한 형사재판을 담당한다. 독일의 경우 위법행위를 한 정신장애인의 경우 정신병원 수용은 정신이상 상태에서 범죄를 저지르고, 장래에도 심각한 범죄 가능성이 우려되는 경우에 기간의 제한 없이 가능하다. 독일의 사법병동은 주마다 차이가 있지만, 일반적으로 일반 국공립 또는 민간 정신병원 내의 특별병동으로 운영되거나 전체 사법병원 내에 정신과적 치료만 담당하는 사법병동으로 운영된다.

일본은 2005년 의료관찰법 제정 이후 위법행위를 한 정신장애인에 대한 형사재판에서 판사와 정신과 의사인 정신보건심판원이 함께 합의체를 구성하여 재판을 하여 입원처분, 통원(외래치료) 등의 보안처분을 내린다. 그리고 일본은 2005년 의료관찰법에 따라 국공립 정신병원에 별도의 의료관찰법 병동을 마련하여 다양한 의료적 조치를 시행하고 있다.

우리나라는 영미의 정신보건법정과 같은 정신장애인을 위한 별도의 형사재판제도는 없으며, 일반 형사재판절차에서 범죄 원인에 관한 정신감정을 통해 형을 감면하고 치료감호를 부과하고 있다. 그런데, 최근 개정된 치료감호법에서는 법원의 치료명령을 도입하였다. 개정된 치료감호법이 2016년 12월부터 시행되면 형식적으로는 영미법의 정신보건법정과 다른 시스템이지만 실질적으로는 법원이 정신과적 치료를 요구할 수 있게 되어 정신보건법정과 유사한 기능을 하게 된다. 그러나 이에 더 나아가 종국적으로는 전문법원을 설립하여 위법행위를 한 정신장애인에 맞는 치료적 처우가 실행될 필요가 있다.

우리나라 치료감호시설인 치료감호소에서는 재범의 위험성과 치료의 필요성을 공통된 요건으로 범죄를 저지른 심신장애자와 약물 및 알코올 중독자, 정신성적장애자를 대상으로 치료감호가 이루어지고 있다. 치료감호소에는 2015년 현재 전체 치료감호 1,149명이 수용되어 있는데, 그 중 심신장애자가 990명으로 전체의 85% 이상을 차지한다. 치료감호소 이외에 2015년 8월부터는 경남 창녕의 부곡정신병원이 지정법무병원으로서 사법병동의 역할을 담당하고 있는데, 한 개 병동의 한 개 층에 심신장애

자 총 41명이 수용되어 있다.

우리나라의 치료감호와 관련하여서 피치료감호자의 권리의 보장 및 제한과 관련된 규정은 인권침해의 소지가 있으므로 치료감호법이나 시행령에 직접 구체적으로 규정하는 것이 바람직하다. 그리고 치료감호소에서는 처분 대상별로 분리수용을 하고 있으나 앞으로는 완전히 독립된 별도의 기관에 분리 수용하는 것이 바람직하다. 또한 환자 분류에서 오류가 발견되거나 재분류가 필요한 경우에는 이를 정정할 수 있도록 하고, 일정기간마다 피치료감호자에 대한 재감정을 의무화하여 최초의 판정을 정정하거나 변경된 증상에 맞는 치료를 받을 수 있게 할 필요가 있다. 이에 더하여 외국의 사법병동에 비해 현저히 부족한 치료감호소 인력은 치료의 질을 저하로 이어지므로, 치료감호시설의 인력을 기존 정원까지 확보할 필요가 있다. 마지막으로 피감호자가 퇴소한 이후에도 10년간의 무상 외래진료를 손쉽게 이용할 수 있도록 해당 기관을 확대하거나 지역사회 내 정신보건 센터를 활용하는 방안 등이 필요하다.

제1장

KOREAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY

서론

권수진

서론

제1절 연구의 목적

현대 정신의학의 발전에 따라 정신장애의 원인 규명과 그에 대한 치료방법 또한 발달하였다. 그럼에도 불구하고 인간의 정신장애는 감소하지 않고 오히려 증가하고 있다. 이는 현대사회가 복잡하고 다양해지면서 그로 인한 스트레스 등 정신장애를 유발하는 요인들이 이전에 비하여 훨씬 증가하였기 때문이라고 할 수 있다. 특히 최근에는 일명 ‘신림동 고시원 살인사건’¹⁾에서 보는 바와 같이 정신장애가 범죄를 유발하는 주요 원인 중 하나로 주목받고 있기도 하다. 이러한 이유로 현대사회에서 정신장애인으로 인한 범죄에 대한 논의의 필요성 또한 커졌다.

대검찰청 범죄분석 자료를 인용한 언론보도에 의하면, 정신장애로 인한 범죄는 2011년 6,697건, 2012년 6,590건, 2013년 7,053건으로 계속 증가하는 추세인데, 이는 2013년 기준으로 하루 평균 19건의 정신장애로 인해 범죄가 발생하는 것이라고 할 수 있다. 그리고 정신장애인에 의한 살인·강도·강간 등 강력범죄는 2012년 1,855건, 2013년 2,043건으로 급증하였다고 보고되고 있다.²⁾ 더욱이 정신장애인의 재범비율은 66%로 일반 범죄인의 재범비율 41%보다 현저히 높다고 한다.³⁾ 특히 대검찰청

1) 2015년 10월 신림동 고시원에서 피해망상 정신장애인 윤씨가 역시 같은 고시원 윗층에 사는 정신장애 2급인 박씨를 살해한 사건이다(한겨레 인터넷 기사 http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/714542.html, 2015.10.27. 최종방문).

2) 중앙일보, 2014.11.24.일자(http://article.joins.com/news/article/article.asp?total_id=16504288&cloc=olink|article|default, 2015.2.25. 최종방문); 동아일보, 2014.7.15.일자(<http://news.donga.com/3/all/20140715/65189218/1>, 2015.2.25. 최종방문)

3) 조선닷컴, 2015.2.2.일자(http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2015/02/02/2015020203975.html, 2015.2.25. 최종방문)

강력부의 자료에서는 최근 3년간 불특정한 동기에 의한 불특정 다수인을 상대로 하는 살인이나 폭력 등 생명·신체에 대한 범죄인, 일명 “묻지마 범죄”의 주요원인으로 가해자의 정신질환을 들고 있다. 즉, 대검찰청 자료에 의하면, “묻지마 범죄”의 주요원인을 현실불만 및 절망, 정신질환, 알코올 및 마약 등 약물남용의 세 가지가 있는데, 그 중에서 정신질환자⁴⁾에 의한 “묻지마 범죄”는 2012년에는 24건(44%), 2013년에는 21건(39%), 2014년에는 14건(26%)이라고 한다.⁵⁾

정신장애 범죄와 관련된 이러한 통계현황에 대해서 논란이 없는 것은 아니다. 논란의 핵심은 정신장애와 범죄간의 직접적인 인과관계에 대하여 정확히 밝힐 수 없다는 점이다. 즉, 정신장애인의 범죄가 정신장애를 원인으로 하여 유발된 것인지, 아니면 정신장애인이 단순히 범죄를 저지른 것인지 명확히 알 수 없다는 것이다. 정신장애인은 정신장애로 인해 경제력 상실, 가족관계 해체, 사회성 결여 등 일반인에 비해 열악한 환경에 처해질 수 있으며, 정신장애 자체보다는 정신장애로 인해 발생하는 물리적·사회적 환경이 정신장애인으로 하여금 범죄로 나아가게 하는 동인이 될 수 있다는 것이다.

이와 같이 정신장애와 범죄와의 관련 통계현황에 대한 논란은 남아 있으나, 현대사회에서 정신장애와 그로 인한 문제가 증가하면서, 정신장애로 인하여 위법행위를 한 정신장애인에 대한 재판과 치료처우에 대하여 검토할 필요가 있는 것은 사실이다. 왜냐하면 우리의 형사사법체계는 기본적으로 자유의지에 따라 행위하는 인간상을 상정하고 있다. 우리 형사사법은 이성을 갖고 있는 사람이 자유의지에 따라 스스로의 선택에 의해 위법행위로 나아간 경우에 국가는 그에 대해 형벌을 부과하도록 하고 있다. 그러나 정신장애인에게는 일반인과 같이 합리적인 판단을 하고 행위하는 것을 기대하기 어렵다. 따라서 대부분의 형사사법체계에서는 자유의지에 의하여 정상적인 판단을 할 수 없어 위법행위로 나아간 정신장애인에게 형벌을 면제하거나 감경하고 있다. 즉 우리 형법도 제10조 제1항에서 “심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력이 없거나 의사를 결정할 능력이 없는 자의 행위는 벌하지 아니한다.” 규정하고 있으며, 동조 제2항에서 “심신장애로 인하여 전향의 능력이 미약한 자의 행위는 형을 감경한

4) 정신질환자라 함은 정신병(기질적 정신병을 포함한다), 인격장애, 알코올 및 약물중독 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자를 말한다(정신보건법 제3조 제1호).

5) 대검찰청, “묻지마 범죄 분석Ⅲ”, 대검찰청 강력부 조직범죄과, 2015, 47-49면.

다.”고 규정하고 있다. 여기서 중요한 것은 위법행위를 한 정신장애인이 형사재판을 통해 형벌을 감면받는 것이 아니라, 이들이 치료적 사법의 관점에서 일반 형사재판과는 다른 특수한 재판제도를 통하여 형벌 이외의 형사제재로서의 치료처우를 받는다는 것이다.

본 연구는 위법행위를 한 정신장애인에게 적합한 형사재판제도로써 주로 영미법계에서 운영하고 있는 정신보건법정과 이들에 대한 치료처우로서의 사법병동의 바람직한 운영방안을 법제도적 관점에서 모색하는 것을 목적으로 한다. 따라서 본 보고서에서는 위법행위를 한 정신장애인에 대한 현행 형사재판절차와 그에 대한 대안으로 논의되고 있는 정신보건법정 또는 전담재판부 등에 대하여 검토하여 그 도입 필요성과 가능성에 대하여 연구하는 것을 포함한다. 이에 더하여 본 보고서에서는 위법행위를 한 정신장애인에 대한 치료처우로서 현행 치료감호에 대하여 고찰하여 치료감호기관과 치료처우의 한계 등 치료감호제도의 문제점을 파악하고, 영국, 미국, 독일, 일본 등 주요국의 정신장애인에 대한 치료처우 시설인 사법병동에 대하여 검토하여, 우리나라 치료감호시설이 보다 나은 치료처우 시설로서 발전할 수 있는 방안을 모색하고자 한다.

제2절 연구의 범위와 방법

1. 연구의 범위

본 연구는 위법행위를 한 정신장애인에 대한 형사재판제도로써 주로 영미법계에서 운영되고 있는 정신보건법정과 이들에 대한 치료처우로서의 사법병동의 바람직한 운영방안을 모색하는 것을 목적으로 한다. 따라서 위법행위를 한 정신장애인에 대한 전체적 논의인 정신장애의 정의, 정신장애의 유형 및 특징 등 정신의학적인 내용, 그리고 일반적으로 위법행위를 한 정신장애인의 책임능력 및 형사책임에 관한 형법이론적인 내용은 별론으로 하고, 위법행위를 한 정신장애인의 형사재판과 치료처우에 관하여 논의되고 있는 정신보건법정과 사법병동에 대한 연구로 그 범위를 한정한다.

따라서 제2장에서는 본 연구의 기본이 되는 정신보건법정과 사법병동의 기본개념

과 유형에 대하여 먼저 살펴본다. 그리고 그동안 각국에서의 정신장애인의 형사재판과 치료에서 주장되었던 정신장애인의 정신이상 항변(insanity defense)의 전개와 형사사법에 관하여 검토한다.

제3장에서는 위법행위를 한 정신장애인에 대한 우리나라의 형사재판절차와 치료감호에 대하여 자세히 살펴보고, 문제점을 분석한다. 다만, 우리나라에서는 위법행위를 한 정신장애인에 대한 특수한 형사재판제도를 갖추고 있지 않기 때문에 일반 형사재판에서의 정신장애인에 대한 재판절차와 실무내용을 간단히 검토한다. 그리고 위법행위를 한 정신장애인에 대한 치료처우로서 치료감호에 대하여 자세히 검토하고, 치료감호시설인 국립법무병원(공주 치료감호소)와 2015년 8월 국립부곡병원에 개소한 지정법무병원(부곡 사법병동)의 운영현황에 대해서 자세히 검토한다. 이러한 검토를 바탕으로 하여 우리나라 정신장애인에 대한 형사재판제도와 치료감호 운영의 문제점을 파악한다.

제4장에서는 정신장애인에 대한 주요국의 형사재판제도와 이들에 대한 치료처우시설인 사법병동의 운영에 관하여 살펴보고 시사점을 도출한다.

제5장에서는 정신보건법정 및 사법병동에 관하여 법조인과 의료인 등 전문가 의견조사를 실시한 내용을 분석하고, 이를 바탕으로 우리나라 정신장애인 형사재판제도와 치료처우의 바람직한 발전방향을 모색한다.

마지막으로 제6장에서는 지금까지 연구한 내용을 바탕으로 하여 우리나라에 적합한 정신장애인 형사재판제도로써의 정신보건법정의 필요성과 도입가능성을 검토하고, 위법행위를 한 정신장애인에 대한 치료처우로서의 치료감호와 치료감호시설인 사법병동의 발전방안을 제시한다.

2. 연구의 방법

이러한 연구를 위하여 연구진은 우선 국내외 관련문헌을 검토하고, 대검찰청, 법무부 보호법제과, 국가인권위원회 등 관련 기관의 자료를 참고하여 활용한다. 또한 연구진은 우리나라의 국립법무병원(공주 치료감호소)과 지정법무병원(부곡 사법병동), 외국의 정신장애인에 대한 형사재판 담당법원과 이들에 대한 치료처우 시설인 사법병동 등 관련기관을 참관하여 시설 현황 등을 살펴보고, 해당 기관의 의료진 등 전문가

자문 및 자료를 수집하여 연구에 반영한다. 이에 더하여 연구진은 정신보건법정과 사법병동에 관하여 법조인과 의료인 등 전문가 의견조사를 실시하여 그 내용을 분석하고, 관계 전문가와의 워크숍을 개최하여, 우리나라 정신장애인에 대한 형사재판제도와 치료처우에 관한 발전방향을 모색하는데 참고자료로 활용한다.

한편 이 보고서에서는 그동안 관련 문헌에서 사용하던 ‘범법 정신장애인’, ‘정신장애 범죄인’ 등의 표현은 지양하고자 한다. 그 이유는 ‘정신장애인은 곧 범죄인’이라는 상관관계와 정신장애인에 대한 낙인효과를 방지하기 위해서이다. 또한 이 보고서에서는 ‘촉법 장애인’이란 표현 역시 지양한다. 이 용어는 일본식 표현일 뿐만 아니라 위법행위를 한 정신장애인에 대하여 특정하는 용어를 사용하는 것 역시 정신장애인에 대한 낙인이기 때문이다. 따라서 이 보고서에서는 ‘범법 정신장애인’, ‘정신장애 범죄인’, ‘촉법 정신장애인’ 등의 용어 대신 가급적 ‘위법행위를 한 정신장애인’으로 표현하기로 한다.

제2장

KOREAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY

정신보건법정과 사법병동의 이론적 기초

신 권 철

제2장

정신보건법정과 사법병동의 이론적 기초

제1절 정신보건법정과 사법병동의 개념과 유형

1. 정신보건법정의 개념과 유형

가. 정신보건법정의 개념

정신보건법정(mental health court)을 어떻게 개념정의할 것인지의 문제는 각 국가의 형사사법시스템과 정신보건시스템의 관계를 어떻게 파악할 것인지의 문제와도 관련이 있다. 예컨대, 한 정신장애인이 있고, 그 정신장애인이 범죄를 저지른 경우 그 이후의 조치가 어떻게 이루어지는지를 보면, 첫째, 형사사법절차(형사처벌 또는 보안처분)만으로 진행되는 경우, 둘째, 정신보건시스템의 절차(강제입원 또는 강제치료)만으로 진행되는 경우, 셋째, 형사사법절차에서 정신보건시스템의 절차로 이관(정신보건시설 입원)되는 경우 등이 있다.

일본이나 우리나라와 달리 독일, 프랑스, 미국 등에서는 위법행위를 하지 않은 정신장애인의 경우에도 자·타해 위험성과 치료 필요성이 있으면 법원에서 판사의 재판을 통해 강제입원여부가 결정된다. 이와 같이 위법행위의 여부와 관계없이 정신장애인의 강제입원여부가 법원의 재판을 통해 결정된다는 점에서 이러한 법원시스템을 정신보건법정(mental health court)의 하나로 파악하여야 할지에 대해서는 논란의 여지가 있다. 다만, 정신보건법정이 미국 등 영미법계 국가에서 1990년대 이후 설립되면서 개념화된 이상, 본 보고서에서는 미국의 정신보건법정과 유사하게 ① 형사사법시스템 내에서 이루어지는 ② 위법행위를 한 정신장애인에 대한 ③ 법원의 형사재판절차와

제도로 파악하고자 한다. 따라서 본 보고서에서는 정신보건시스템 내에서 자·타해 위험성이나 치료 필요성을 이유로 법원, 병원, 또는 정신보건심판위원회에 의해 이루어지는 강제입원이나 강제치료는 논외로 한다.

나. 정신보건법정의 유형

대부분의 국가의 형사사법체계에는 정신장애로 인한 책임무능력자나 심신장애자들에게 형사처벌을 감면하고 보안처분(강제입원, 강제치료, 보호관찰 등)을 부과하는 제도를 가지고 있는데, 이러한 형사제재의 부과를 통상의 형사사법절차 내의 법원에서 행하는 경우가 있고, 별도의 법원이나 재판부를 구성하여 운영하는 경우도 있다.

미국의 경우 2012년까지 연방 재정 지원으로 43개 주에 250여 개의 정신보건법정이 운영되었는데, 그 형태는 대체로 위법행위를 한 정신장애인이 지역(county)의 형사재판 과정에서 본인의 선택으로 정신보건법정에서 치료 프로그램을 이수하는 등의 방법으로 범죄에 대한 처벌을 감면받는 것이었다. 이는 통상의 형사사법절차와 분리된 정신보건법정의 형태라고 할 수 있다.

반면, 정신보건법정(mental health court)이라고 부르지는 않지만, 일반 형사재판 과정에서 정신장애인에게 강제입원명령 또는 강제치료명령을 부과할 수 있는 형사법정도 있다. 독일이나 프랑스의 형사법정이 이와 유사하게 운영되고 있다.

마지막으로, 일본은 미국의 정신보건법정이나 독일·프랑스의 형사사법절차와도 다른 제도로써 2005년 의료관찰법(원 명칭은 ‘심신상실 등의 상태에서 중대한 타해 행위를 한 자의 의료 및 관찰 등에 관한 법률’)의 제정을 통하여 만들었다. 그 핵심내용은 중한 범죄를 저지른 심신상실자에 대해 판사와 의사(정신보건판정의)가 하나의 재판부 합의를 구성하여 입원치료, 통원치료, 정신보건관찰 등의 조치를 취하는 것이다. 이는 독일이나 프랑스에서 행하는 형사재판과는 구분되는 것이고, 미국과 같이 판사가 독립적으로 행하는 재판과도 구분되는 것이다.

2. 사법병동의 개념과 유형

가. 사법병동의 개념

사법병동(司法病棟, forensic psychiatric ward) 또한 그 개념을 정의하기는 쉽지 않다. 사법병동의 형태가 다양할 뿐만 아니라, 우리나라의 경우 사법(司法, forensic)이라는 용어가 형사법(刑事法)적 문제뿐만 아니라 법 전체를 포괄하여 일컫는 용어이기 때문이다. 다만 본 보고서에서는 ‘사법병동’이라는 용어를 일반 정신병동과 구분되는 것으로서, ‘형사법 절차에 의해 수용되는 정신과 병동’을 지칭하는 것으로 한다. 이러한 개념 정의에 따를 경우 ‘정신보건법의 절차에 의해 수용되는 병동’ 또는 ‘정신과가 아닌 일반 의료를 위한 병동’은 사법병동에서 제외된다. 참고로 일본에서는 2005년 의료관찰법 제정 이후 각 국공립 정신병원에 사법병동이 설치되었는데, 이를 ‘의료관찰법병동’이라 표현하고 있다.

사법병동은 ① 하나의 병원을 총칭하는 것이 될 수도 있는데, 우리의 ‘국립법무병원(치료감호소)’이 그 예이다. ② 병원이나 교정시설 내 일부 독립된 건물이나 혹은 일정한 부분(예컨대, 사법정신의료 유닛 (forensic unit))이 될 수도 있는데, 우리의 부곡의 지정법무병원이 그 예이다.

또한 사법병동(司法病棟, forensic psychiatric ward)이 교정시설인지 의료기관인지 그 법적 위상이 모호한 경우가 많다. 그 이유는 사법병동은 교정시설의 일부에 존재하는 경우도 있고, 의료기관의 일부에 존재하는 경우도 있기 때문이다. 그러나 사법병동의 특징은 교정시설과 의료기관 모두의 속성을 함께 갖고 있다고 할 수 있다. 정신의학 중 법 또는 범죄와 관련된 정신의학을 사법정신의학 또는 법정정신의학 (forensic psychiatry)이라 하는데, 사법병동은 범죄와 정신의학이 결합된 장소로서 치료와 격리, 의료와 형벌, 의료진과 교도관이 함께 존재하는 곳이라고 할 수 있다.

요컨대, 사법병동이 교정시설이나 의료시설의 한 구역을 차지하는 건물이나 병동으로 이해되는 경우도 있지만, 위에서 본 바와 같이 교정시설과 의료시설의 성격을 혼합해 가진 공간이라면 그 본질상 사법병동이라 할 수 있을 것이다. 다만 독립된 병원으로서의 지위와 위상을 확보하고 있고, 범죄를 저지른 사람만을 대상으로 한다면 이를 사법병동의 확장된 개념으로서 사법병원(司法病院, forensic psychiatric hospital)이라 부를 수 있을 것이다.

나. 사법병동의 역사

형벌의 하나로서 신체를 구금하는 자유형은 근대에 이르러 범죄자의 개선 및 사회 복귀를 위한 목적으로 인식되면서 활성화되기 시작하였다. 16세기 이후 영국의 교정원(house of correction), 네덜란드 암스테르담의 노역장(Tuchthuis)이 근대적 형태의 교정시설 초기형태로 볼 수 있으나, 17세기 이후 독일에서는 범죄자들이 빈민, 고아, 정신질환자와 함께 이러한 시설에서 일을 하게 되면서 그 의미가 시설의 경제적 이익에 종사하며 비위생적 환경에서 일하는 것으로 변하게 되었다.⁶⁾

범죄자의 치료를 위한 병동(병원)이기 위해서는 의료진의 의료적 조치가 시행되는 공간이어야 한다. 그러나 정신의료적 조치인 약물치료 등이 가능해진 시기는 20세기에 들어와서였고, 20세기 이전에는 위법행위를 한 정신장애인에 대한 처우방식이 교정시설과 유사한 격리였다고 할 수 있다. 즉 재판과정에서 또는 교정시설 내에서 정신적으로 문제가 있는 사람들을 선별하여 정신장애인을 수용하는 시설로서, 근대 유럽지역의 광인수용소(lunatic asylum)는 위법행위를 한 정신장애인의 대표적인 격리 수용시설로 볼 수 있다.

이후 20세기에 들어 1853년 영국에서는 광인 수용소법(the Lunatic Asylums act)을 통하여 정신장애인을 수용하였는데, 정신장애인(lunatics)을 법령상 3가지 유형(private lunatics, pauper lunatics, criminal lunatics)으로 구분하여 그 중 위법행위를 한 정신장애인에 대해서는 별도로 분리 수용과 돌봄이 필요하다고 보았다.⁷⁾

이탈리아의 실증주의 범죄학자이자 의사인 체자레 롬브로조는 19세기 후반 자신의 저서 「범죄인(Criminal man)」에서 교도소에 정신장애인이 높은 비중을 차지하고 있음을 지적하면서,⁸⁾ 치료를 위한 별도의 수용시설(형사정신병원, criminal insane asylum)을 마련할 것을 제안하였다.⁹⁾ 롬브로조의 형사정신병원은 사회방위적 태도에서 치료라는 근거를 제공하여 계속적 구금을 통해 위법행위를 한 정신장애인들이

6) 클라우스 라우네타, 신양균·김태명·조기영 역, 독일행형법, 한국형사정책연구원, 2010, 52면.

7) Danby P. Fry, "THE LUNACY ACTS", The Poor Law Borad And The General Borad Of Health, LONDON, 1854, p. 1.

8) 체자레 롬브로조, M.킵슨 및 N.H. 래프터 편역, 이경재 역, 「범죄인의 탄생」, 법문사, 2010, 110면·308면·393면.

9) 체자레 롬브로조, 앞의 책, 179면.

무분별하게 석방되는 것을 막기 위한 목적으로 제시된 것이었다.

롬브로조의 제자인 이탈리아의 엔리코 페리는 정신장애와 범죄 모두 자유의지의 소산이 아니라 불행일 뿐이므로, 위법행위를 한 정신장애인(the criminal insane)은 형벌로서 해결할 것이 아니라 별도의 수용소(asylum)에 수용할 것을 주장하였다.¹⁰⁾

19세기 후반에 독일, 프랑스, 벨기에 등에서는 정신질환으로 인해 범죄를 저지른 사람이 무죄가 되거나 형사처벌을 받지 않는 경우 사법적 영역(법원)이 아니라 행정적 영역에서 강제조치를 취하였고, 이에 반해 영국이나 이탈리아는 그러한 사람을 사법적 영역(법원)에서 수용소(asylum)로 보냈다.¹¹⁾

다. 사법병동의 유형

사법병동은 크게 두 가지 형태로 나눌 수 있다. 하나는 병원 전체가 형사사법절차에 의해 정신과적 이유로 입원 또는 치료(통원치료 포함)를 받는 사람만을 대상으로 하는 경우이고, 다른 하나는 국·공·사립 정신병원 중 일부분에 사법병동이 설치되는 경우이다. 양자의 장·단점을 비교해 보면, 전자가 위법행위를 한 정신장애인에 대한 효율적 관리와 감독에는 유용하나, 치료적 목적은 간과되기 쉽다. 이에 비해 후자는 일반 정신병원의 의료 및 장비를 활용할 수 있어 치료적 효율은 높을 수 있으나, 관리·감독의 측면에서는 비효율적일 수 있다. 현재 우리나라의 경우 충남 공주의 국립법무병원은 전자의 예로 들 수 있고, 경남 창녕의 국립부곡병원 내 지정법무병원은 후자의 예로 들 수 있다. 참고로 일본의 경우에는 대체로 국·공립 정신병원 내에 의료관찰법병동을 마련하고 있다.

라. 사법병동 내의 법적 관계

사법병동은 앞서 본 바와 같이 교정시설과 치료시설의 성격을 모두 보유하고 있다. 이를 보다 구체적으로 보면 사법병동은 다음과 같이 구성될 수 있다. 사법병동에는

10) Enrico Ferri, "Criminal Sociology(Translated By Joseph I. Kelly And John Lisle)", The American Institute Of Criminal Law And Criminology, Boston, 1917, pp. 524-525.

11) Enrico Ferri, Ibid., pp. 521-522.

① 형사재판 진행 중에 치료나 감정을 위해 수용 또는 의뢰된 자, ② 병원수용의 형사재판이 확정되어 치료를 위해 수용 또는 의뢰된 자, ③ 교정시설 수행자가 치료 목적으로 이송된 자, ④ 형기 종료 후 보호관찰이나 통원치료를 위해 의뢰된 자 등 다양한 법적 지위를 가진 정신장애인이 수용되거나 통원치료의 대상이 될 수 있다.

교정시설 내의 수행자에 대해서는 통상 ‘형집행법(정식명칭은 ‘형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률’임, 구 행형법. 이하 ‘형집행법’이라 한다)’이 적용된다. 반면 치료감호소나 지정법무병원에 치료나 감정을 위해 수용된 미결수용자나 수행자, 그리고 치료감호 판결을 확정받아 수용된 자에 대해서는 치료감호법을 적용해야 하고 형집행법을 적용하지는 않는다. 그 이유는 교정시설을 벗어난 피고인이나 수행자, 그리고 형벌이 아닌 감정이나 치료를 위해 치료감호소나 지정법무병원에 있는 피치료감호청구인나 피치료감호자에게 형벌의 집행 시 적용되는 ‘형집행법’을 그대로 적용하는 것은 문제가 있기 때문이다.

이와 같은 점을 감안하여 독일이나 일본에서는 위법행위를 한 정신장애인이 정신병원에 수용되는 처분을 받는 경우 그 생활상의 처우에 관하여 적용되는 규정을 형집행법이 아닌 별도의 법률에 두고 있다. 그러나 우리 치료감호법은 일부 특별한 조항을 제외하고는 형집행법을 준용하도록 하고 있어, 치료감호소나 지정법무병원을 교정시설과 유사한 시스템으로 운영하고 있다고 할 수 있다. 특히 지정법무병원은 치료감호소와 달리 국립정신병원 내 건물이나 일부 층을 빌려 국립정신병원 의료진의 의료적 조치를 제공받는 장소임에도 불구하고, 치료감호법에 의해 형집행법을 준용하고 있어, 치료감호시설이 마치 교정시설과 같이 운영될 위험도 있게 된다.

제2절 형사사법과 정신이상 항변(insanity defense)

1. 정신이상 항변(insanity defense)의 역사

단순히 정신장애를 가진 사람에 대한 법적 처우와 범죄를 저지른 사람에 대한 법적 처우는 역사적으로 차이가 있다. 즉, 그 사람의 행위가 자유의지의 행사에 의한 것인지, 책임을 그에게 귀속시킬 수 있는 것인지와 관련되어 각각 다른 처우가 행하여졌다.

정신장애는 그에게 귀속시킬 수 있는 잘못이 아닌 반면에, 범죄는 그 행위자에게 귀속시킬 수 있는 잘못이라는 점에서 법적 처우가 달라지는 것이다. 그리하여 범죄를 저지른 정신장애인을 처벌할 수 없으나 처벌해야 하는 딜레마 속에서 역사적으로 다양한 고민이 이루어졌다.

가. 형사재판과 정신이상

고대 그리스의 철학자 플라톤은 정신장애가 있는 사람에 대해서는 그 친족들의 보호아래 바깥에 돌아다니지 못하도록 하고, 그 의무를 위반할 경우 벌금을 부과하여야 한다고 하였다.¹²⁾ 반면, 다양한 법률위반들이 정신장애, 질병, 고령, 또는 미성숙 등으로 발생하게 되는 경우에는 손해에 대한 보상을 하게 하고, 살인의 경우에는 다른 나라 또는 다른 지역으로 일정 기간 동안 추방하고, 그 기간 내에 들어오면 공공감옥에 가둘 것을 제안하고 있다.¹³⁾ 이러한 완화된 형사처벌은 정신적 장애가 있는 사람에 대해서는 응보보다 재활과 예방적 조치를 강조하는 것이라고 할 수 있다.¹⁴⁾

로마법이나 탈무드에서도 정신장애가 있는 백치(idiot), 광인(lunatics) 등의 경우에는 형사적 책임을 부담할 수 없다고 보았는데, 그 이유는 선악과 시비를 구분할 수 있는 능력이 없기 때문에 그 범행의 의도를 인정할 수 없고, 따라서 그 죄책을 물을 수 없다고 생각했기 때문이다.¹⁵⁾

중세 이슬람 형사법에서도 의도 없는 범죄는 범죄가 아니라는 관점에서 정신이상으로 인한 범죄는 사고과정의 혼란으로 인해 의도가 결여되어 있기 때문에 범죄에 대한 책임이 없다고 보았다.¹⁶⁾

영미법계 국가에서는 13세기 이후 형사재판에서 ‘정신이상 항변(insanity defense)’

12) Plato, “The Law”, BOOK IX, Translated by Thomas L. Pangle, University of Chicago Press, 1980, p. 337.

13) Plato, Ibid., p. 258.

14) Elisabeth M. Tetlow, “Women, crime, and punishment in ancient law and society”, The Continuum International Publishing Group Inc., 2005, p. 255.

15) Rita J. Simon and Heather Ahn-Redding, “THE INSANITY DEFENSE”, THE WORLD OVER, ROMAN & LITTLEFIELD PUBLISHERS, INC., 2006, pp.11-13.

16) Kutaiba S. Chaleby, “Forensic Psychiatry in Islamic Jurisprudence”, Virginia: International Institute of Islamic Thought, 2001.

이 발달하기 시작하였다. 영국에서는 1265년 최초로 Bracton 경(卿)에 의해 심사기준으로 야수성 기준(wild beast test)이 주장되기도 하였는데,¹⁷⁾ 이는 피고인이 이해력을 완전하게 결여할 경우 동물적 본성과 가까워짐을 강조한 입장이다. 1582년 영국의 William Lambarde는 당시의 중대한 형사제재들이 백치나 광인에게는 적합하지 아니함을 지적하였다.¹⁸⁾ 이러한 법학자들의 주장은 영국의 판례들을 통하여 확립되어 나갔다.

19세기 영미법계 보통법 국가의 표준이 된 정신이상 항변 기준은 M'Naghten 기준이었다. 이 기준은 행위의 본성과 성질을 이해하지 못하는 정신적 질병으로 인하여 이성의 결여가 있을 경우 행위자의 형사책임을 면하여 주는 것인데, 이러한 기준은 영국과 미국의 대부분의 주에서 보통법 판례로서 받아들여졌다. 그러나 선악과 시비를 판단하는 능력을 위주로 하는 위 기준에 대해서 위법행위를 한 정신장애인의 판단력에만 중점을 두고, 행위자의 의지력(통제력)은 무시하였다는 비판이 제기되었다.¹⁹⁾

이후 미국에서는 M'Naghten 기준이 가진 결함을 보완한 '항거불능의 충동(irresistible impulse)' 기준, 1954년 Durham v. United States 사건에서는 범죄가 정신질환이나 정신적 결함의 '결과물(product)' 인지 여부, 1962년 ALI(the American Law Institute) 기준(위법성을 인식하고, 법에 따를 수 있는 능력이 있는지 여부) 등이 제시되었고, 1980년대 초에는 레이건 대통령을 암살하려 한 힝클리 재판에서 정신장애로 인한 면책 여부가 논쟁이 되면서 정신이상 항변의 엄격한 입증이 요구되었고 사실상 정신이상 항변이 제한되었다.²⁰⁾

나. 정신이상 항변과 수용시설

영미법에서는 위와 같이 범죄자가 범죄행위 당시 '정신이상(精神異常, insanity)'일 경우 형사책임을 면제되었다. 형사책임을 면한다면 결국 무죄방면하여야 할 것이나 위험한 범죄를 저질렀고, 향후에도 그런 위험성을 가지고 있다면 사회적 안전을 위한

17) Karl Menniger, "The Crime of Punishment", New York, Viking Press, 1968, p.112.

18) Gilbert Geis and Joseph F. Dimento, "Empirical Evidence and the Legal Doctrine of Corporate Criminal Liability", AM. J. Crim. L. 29, 2002, pp. 341-342.

19) Rita J. Simon and Heather Ahn-Redding, Ibid., p. 16.

20) Rita J. Simon and Heather Ahn-Redding, Ibid., pp. 15-16.

조치가 필요하게 되었다. 그리하여 근대 형사사법 시스템이 도입된 이후 위법행위를 한 정신장애인들에 대해서는 형사처벌과는 다른 별도의 조치가 이루어졌다.

예컨대, 영국에서는 1840년 에드워드 옥스퍼드가 빅토리아 여왕을 총으로 살해하려 한 사건이 있었는데, 당시 변호인측은 옥스퍼드가 정신이상(insanity)이라는 항변을 하였고, 의료전문가 증인은 그가 불합리한 사고(unsound of mind)를 가지고 있다고 증언하였다. 이 사건에서 배심원들은 그를 정신이상으로 무죄방면하면서 베들렘 수용소로 보내도록 하였다.²¹⁾ 19세기 당시 유럽 각국에는 베들렘 수용소와 유사한 정신질환자 수용소(asylum)가 있었는데, 이러한 곳은 현재의 사법병동의 기원이 되었다고 할 수 있다.

이와 같이 과거에도 범죄행위를 하였으나 정신이상을 이유로 무죄방면되는 정신장애인은 지역사회로 돌아가는 것이 아니라 수용소(asylum)나 병원에 수용되어 왔다. 1800년 영국의 범죄광인법(The Criminal Lunatics Act of 1800)은 중죄를 저지른 피고인이 정신이상으로 무죄방면되거나, 기소인부절차에서 정신이상이 확인되거나, 정신이상으로 기소되지 않는 등의 경우에 그 피고인(피의자)을 안전 감호(safe custody)할 수 있는 시설로 보내도록 규정을 두고 있었다. 이후 영국의 1840년 정신이상 수감자법(The 1840 Insane Prisoners Act)은 일반 수감자에게는 적용되지 않고, 경범죄를 저지른 정신장애인에게 교도소가 아닌 수용소(asylum)에 수용할 수 있도록 하는 규정을 두었다.²²⁾

2. 주요국의 정신이상 항변

본 연구의 주제인 정신보건법정과 사법병동을 연구하기 위해서는 그 전제로서 위법행위를 한 정신장애인에 대한 형사사법시스템이 주요국에서 어떻게 운영되고 있는지 살펴보아야 한다. 특히 미국·캐나다·호주 등 영미법계 국가들에서 시행하고 있는 정신보건법정에서 정신이상 항변은 위법행위를 한 정신장애인이 일반적인 형사사법시스템에서와는 다르게 처우받게 되는 요소가 된다. 따라서 영미법계 주요국가에서 위법행위를 한 정신장애인에 대하여 시행되고 있는 형사절차와 내용을 먼저 살펴보도록 한다.

21) Rita J. Simon and Heather Ahn-Redding, Ibid., p. 91.

22) Rita J. Simon and Heather Ahn-Redding, Ibid., pp. 88-89.

가. 영국

영국에서 정신이상 항변 등이 받아들여지는 경우 피고인은 정신이상을 이유로 무죄가 된다. 1991년 형사절차법(The Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act of 1991)은 배심원단이 피고인이 재판받기에 적합한지 여부를 결정하도록 하였고, 법원은 단지 피고인이 재판받기에 적합한지 여부에 대한 기간을 연기할 수 있도록 하였다.

그리고 1991년 형사절차법은 적어도 2인 이상의 의료전문가에 의한 구두나 서면으로 된 증거가 있어야 하고, 그 중 1인이 배심원 앞에서 피고인이 재판수행에 부적당한 상태이거나 정신이상으로 무죄방면되어야 함을 정식으로 승인하여야 함을 규정하고 있다.²³⁾ 그 결과 정신이상 항변이 받아들여져 무죄평결이 나온다면 피고인은 병원에 입원될 수 있는데, 병원 입원 이후에는 정신보건법이 그 수용을 규율하고 있다.

또한 1991년 형사절차법은 정신이상으로 인한 무죄평결이 있을 경우 법원이 다양한 형태의 명령을 선택하여 선고할 수 있도록 규정하고 있는데, 이를 구체적으로 살펴보면, 법원은 피고인에게 후견명령(guardianship order), 감독 및 치료명령(supervision and treatment order), 절대적 석방명령(absolute discharge) 등을 내릴 수 있다.²⁴⁾

나. 미국

과거 미국에서는 형사책임을 회피하는 수단으로 정신적 문제를 이유로 한 정신이상 항변이 과도하게 활용되었다. 그러자 미국에서는 이에 대한 비판적 사회여론으로 인해 1984년 연방 정신이상항변 개혁법(Insanity Defense Reform Act, IDRA)이 채택되었다.

이 법에 따르면 정신이상 항변의 법적 기준은 '심각한 정신적 질환이나 결함으로 인해 자신의 행위의 본성이나 성질 또는 불법성을 인식할 수 없는 경우'이다. 위 1984년 연방 정신이상항변 개혁법(IDRA)은 과거 ALI 기준에서 제공되었던 정신이상 항변

23) Rita J. Simon and Heather Ahn-Redding, Ibid., pp. 92-93.

24) Rita J. Simon and Heather Ahn-Redding, Ibid., pp. 93-94.

기준인 ‘피고인이 법의 요구에 따라 자신의 행위를 정립할 수 없는 무능력’은 허용하지 않고 있다.

그러나 1984년 연방 정신이상항변 개혁법(IDRA)에도 불구하고 정신이상 항변의 법적 판단 기준은 미국의 각 주에 따라 다르게 운영되었다. 2000년 사법통계청(Bureau of Justice Statistics)의 통계에 따르면 정신이상 항변기준으로 각 주마다 ① M’Naghten 기준, ② ALI 기준, ③ M’Naghten 기준과 항거불능의 충동(irresistible impulse) 기준을 함께 사용하는 경우 등이 있다.²⁵⁾ 그리고 미국은 각 주마다 배심원 평결(verdict)의 형태가 법령의 내용에 따라 조금 다른데, 그 내용은 다음과 같다.²⁶⁾

- i) 유죄이지만 정신질환이 있는 경우(Guilty But Mentally Ill, GBMI)
- ii) 정신질환으로 인해 무죄인 경우(Not Guilty by Reason of Mental Disease or Defect, NGBD)
- iii) 정신이상으로 인해 무죄인 경우(Not Guilty by Reason of Insanity, NGRI)
- iv) 정신이상으로 인해 책임이 없는 경우(Not Responsible by insanity or for mental defect reasons)

위와 같은 배심원의 평결이 나올 경우 법원은 대체로 재량적 또는 의무적으로 강제 치료를 결정하여야 하고, 대부분의 주에서 법원이 최종적으로 퇴원을 결정할 수 있는 권한을 갖는다.

다. 캐나다

캐나다의 경우 1992년 이전에는 정신이상으로 인한 무죄(not guilty by reason of insanity, NGRI)를 받은 범죄자는 정신병원에 기한의 정함이 없이 강제로 입원하여야 하고, 판사는 이와 다른 선고를 할 수 없었다. 이러한 상황에서 최고재판소는 1991년 R. v. Swain 사건을 통해 모든 NGRI 피고인들이 엄격한 감호를 받는 병원에 수용되는 것이 헌법에 위반된다고 보았다. 이후 정신이상 항변(insanity defense)은 정신장애 항변(mental disorder defense)으로 명칭이 바뀌었고, 정신이상으로 인한 무죄

25) Rita J. Simon and Heather Ahn-Redding, Ibid., pp. 27-28.

26) Rita J. Simon and Heather Ahn-Redding, Ibid., pp. 47-50.

(NGRI)는 정신장애로 인한 형사책임 면제(not criminally responsible on account of mental disorder, NCRMD)로 바뀌었다. 한편, 1992년 캐나다 의회는 정신이상으로 인한 무죄방면과 함께 강제 입원되는 정신장애인에 대해 무기한의 강제적인 수용 제도를 폐지하였다. 이는 캐나다의 권리와 자유장전(Canadian Charter of Rights and Freedoms)이 요구하는 모든 사람의 평등을 근거로 한 것이었다.²⁷⁾

이후 1992년 개정된 형법전(Criminal Code)에 의하여 평결은 NGRI(not guilty by reason of insanity, 정신이상으로 인한 무죄)가 아니라 NCRMD(not criminally responsible on account of mental disorder, 정신장애로 인한 형사책임의 면제)로 변경되었다. NCRMD 사례의 경우 법원이나 심판위원회(review board)는 피고인이 공중에 심각한 위협이 되지 않는 경우 무조건의 석방, 조건부 석방, 불확정 기한의 정신의학시설 수용을 결정할 수 있다. 그리고 실질적으로 심판위원회는 공공안전(public safety), 피고인의 정신 상태와 욕구, 피고인의 지역사회복귀로의 통합 등을 고려할 책임이 있다. 1992년 확립된 정신장애 범죄자(the Mentally Disordered Offender, MDO) 처우요강(Protocols)은 체포, 수용장소 도착, 첫 법정 참여, 적합성 평가를 위한 의뢰, 능력 평가, 재판, 형 선고를 위한 보고서, 투옥, 지역사회로의 복귀 등을 전반적으로 다루고 있다.²⁸⁾

3. 위법행위를 한 정신장애인에 대한 처우

가. 위법행위를 한 정신장애인에 대한 처우의 공통점

Rita J. Simon과 Heather Ahn-Redding 교수는 위에서 본 3개국을 포함하여 총 22개국에서 위법행위를 한 정신장애인에 대하여 시행되고 있는 처우 중 정신이상 항변을 연구하면서 일반적인 공통점을 아래와 같이 제시하였다.²⁹⁾

- i) 항변 인정여부 : 스웨덴을 제외한 나머지 21개 국에서 정신이상 항변을 받아들이고 있음

27) Rita J. Simon and Heather Ahn-Redding, Ibid., pp. 22-23.

28) Rita J. Simon and Heather Ahn-Redding, Ibid., p. 27.

29) Rita J. Simon and Heather Ahn-Redding, Ibid., pp. 240-242.

- ii) 판단기준 : 대부분의 국가가 정신이상 판단의 기준으로 M'Naghten 기준이나
항거불능의 충동(Irresistible Impulse) 기준을 사용하거나 두 가지를 병행하거
나 변용해서 사용하고 있음
- iii) 입증책임 : 검사가 사고의 정상성(sanity)이나 책임능력을 입증하는 나라도 있
고, 정신이상의 사실을 피고인측에서 입증하는 나라도 있는 등 상당히 다양함
- iv) 판단주체 : 미국은 배심원단이 정신이상 항변을 받아들일지 여부를 결정하는
데 반하여, 나머지 대부분의 국가에서는 판사가 이를 결정함
- v) 평결방식 : 정신이상으로 인한 무죄, 유죄이지만 정신질환, 책임무능력 상태,
정신이상 상태, 불합리한 사고로 인한 무죄방면 등으로 다양한 평결방식이 사
용됨
- vi) 전문가 활용 : 모든 국가들이 심리학자, 정신의학자, 사회사업가 등의 전문가를
활용하여 피고인을 조사하고 이를 재판자료로 반영함
- vii) 최종조치 : 모든 국가들에서 피고인이 정신이상으로 무죄라고 하더라도 자유인
이 되는 것은 아니고, 대부분 기한의 정함이 없는 정신병원 입원절차가 진행됨

나. 정신이상 항변과 정신보건법정의 등장

한 나라의 형사사법시스템에서 위법행위를 한 정신장애인에 대한 처우는 중요한 위치를 차지하는데, 이는 일반 형사범죄자와 다른 측면이 있기 때문이다. 정신이상 항변으로 인한 무죄의 경우 대부분의 국가에서 행위자는 치료적 목적으로 교도소가 아닌 정신병원에 강제로 입원되고, 이러한 병원시설이 사법병원이나 사법병동을 구성하게 된다. 아울러 1990년대 이후에는 범죄가 정신질환을 원인으로 한 것이 아니어서 정신이상 항변까지 할 수는 없지만, 정신질환을 가진 사람이 범죄를 저지른 경우 그 행위원인 중의 하나로서 치료받지 않은 정신질환에 관심을 두어 법원이 치료와 그 감독을 맡는 정신보건법정(mental health court)이 영미법계 국가를 중심으로 활성화되었다.

이는 지난 수백년간 형사재판에서 정신이상 항변이 보여 준 한계점에서 정신보건법정 이 시작되고 있음을 보여주는 것이다. 또한 명시적인 정신보건법정이 아니더라도 대부분의 국가들이 19세기 이후 위법행위를 한 정신장애인에 대해서는 강제입원, 강제치료

등 치료 목적의 조치들을 형사사법시스템 내에 도입하고 있다. 이로 인해 위법행위를 한 정신장애인에 대한 형사사법시스템은 위법행위를 하지 않은 정신장애인에 대한 강제 입원과 강제치료를 기본으로 하는 정신보건시스템과의 구분이 모호한 경우도 있다.

4. 정신이상 항변의 한계

미국은 1960년대 이후부터 정신장애인의 탈시설화(deinstitutionalization)가 지속되었는데, 그 후유증 중의 하나로 지역사회 내 노숙인이 증가하거나 교도소에 정신장애인이 증가하게 되었다는 주장이 나타나기 시작하였다. 그러다가 1980년대 이후 미국에서는 많은 범죄들이 정신장애를 가진 사람들에 의해 발생된다고 여겼고, 정신장애인의 재범률 또한 높다고 생각하여, 정신장애를 가진 범죄인에 대해 정신적 치료를 제공하면 재범률이 줄어든 것이라는 직관적·경험적 판단에 근거한 주장이 크게 늘어나기 시작하였다. 미국에서 이러한 판단의 바탕이 된 사회적 문제점은 크게 다음과 같은 논리에 근거한 것이었다.

- i) 정신이상 항변의 한계 : 형사사법시스템에서 정신이상 항변(Insanity Defense)은 주로 중범죄에서 활용되며, 정신장애와 범죄 사이에 인과관계가 있을 것을 요구하고, 그 관계가 입증되어야 강제입원과 치료적 혜택이 제공된다.
- ii) 정신장애인 범죄의 특성 : 정신장애인에 의한 범죄의 다수는 경범죄이고, 정신장애가 있는 사람의 범죄로 보아 정신장애와 범죄 사이에 인과관계를 입증하기 어렵다. 따라서 대개의 경우 정신이상 항변이 받아들여지지 않아 일반 형사사법 절차로 진행되고, 설사 일반 형사사법절차에서 벌금형이나 징역형 등으로 처벌하더라도 정신장애 때문에 반복적 범행이 이루어진다.
- iii) 정신보건시스템의 한계 : 지역사회 내의 정신장애인이 지역 정신보건시설에서 적절한 치료를 자발적으로 받지 않음으로 인하여 정신장애가 악화되어 범죄를 일으키고, 또한 범죄를 반복하는 경우가 발생한다.

5. 치료법학(Therapeutic Jurisprudence)의 등장

가. 치료법학의 개념과 기능

1997년 미국 플로리다 Broward 카운티에서 최초의 정신보건법정(Mental Health Court)이 설립되었는데, 그 배경에는 치료법학(Therapeutic Jurisprudence)이 있었다. 치료법학은 1991년 미국에서 웨슬러(David B. Wexler)와 위닉(Bruce J. Winick)에 의해 정립된 개념이다.

두 사람은 치료법학을 ‘법의 치유 잠재력(the law’s healing potential)’을 연구하는 학문이라고 정의하였다. 그리고 그들은 “치료법학은 법 개혁의 문제를 다학제적으로 접근하여 법의 치료적 효과와 반치료적 효과를 평가하여 치료적 효과를 증가시키고, 반치료적 효과를 감소시키는 것과 그것을 어떤 방식으로 적용할지를 연구한다.”고 하였다.³⁰⁾ 이어 그들은 “이는 행동과학(behavioral sciences)의 도구를 사용하여 법의 치료적 효과를 평가하는 법적 접근법이며, 다른 중요한 법적 가치들과 양립 가능할 때에는 이들의 영향을 받는 개인의 심리적 기능과 감정적 웰빙을 증진시킬 수 있는 방식으로 법과 절차를 재구성하는 것이다.”라고 하였다.³¹⁾

한편 미국의 한 로스쿨 교수인 Susan Daicoff는 치료법학을 “법률적 문제를 다루는데 있어 보다 사려깊고, 인간적이며, 심리적으로도 최선의 방법을 지향하는 것을 일반적인 목표로 하는 법”으로 보았다.³²⁾ 이러한 치료법학에 더하여 일정한 방향성을 가진 운동들이 특별한 치료법정(specialized treatment courts)의 근거로서 작동하였는데, 문제해결법정(problem-solving courts)으로 잘 알려진 약물치료법정(drug treatment court), 가정폭력법정(domestic violence court), 정신보건법정(mental health court)이 특별한 치료법정에 포함된다.³³⁾

웨슬러(David B. Wexler)와 위닉(Bruce J. Winick)은 1992년 논문에서 당시 미국

30) Wexler David B., Winick Bruce J., Essays in Therapeutic Jurisprudence, Durham, NC: Carolina Academic Press, 1991.

31) Ibid.

32) Daicoff S., “Law as a healing profession: The comprehensive law movement”, Pepperdine Dispute Resolution Journal, 6, 2006, p. 11.

33) Wexler David B., Winick Bruce J., “Therapeutic Jurisprudence”, Principles of Addiction Medicine, 4th Edition, 2008(Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1101507>, 2015. 7. 10. 최종방문).

의 정신보건시스템과 형사사법시스템의 문제점을 다음과 같이 지적하였다.

“1970년대부터 시작된 정신보건법(강제입원)의 개혁은 시민권(인권) 운동의 영향으로 만들어졌는데, 이는 형사절차와 수감절차에서 수형자의 권리를 원용하여 환자의 권리를 보호하는 헌법적 기반이 되었으나, 20년 후인 지금은 헌법적 기반이 무너지고, 그 결과 정신보건법은 그 광채와 방향을 잃었다.”³⁴⁾

웁슬러와 위닉은 위와 같이 문제점을 지적한 후 치료법학의 관점과 목표를 실제 형사절차에서 정신보건 문제를 가진 사람에게 적용하는 예로서, 사형집행을 받을 정신적 능력이 없는 사형수에 대한 강제치료, 재판받을 정신적 능력이 없는 피고인에 대한 강제치료, 성범죄자에 대한 재판과정과 치료 등을 들면서 결론적으로 법과 정신보건의 장에서 새로운 방향성이 필요하고, 법이 그 영향을 받는 사람의 정신건강에 봉사하는지 아니면 상처를 입히는지를 중심으로 법의 역할을 살필 것과 아울러 법을 보완하는 실체적 규율, 관행, 그리고 절차가 치료적 가치에 미치는 영향을 분석할 것을 제안하였다.³⁵⁾

나. 치료법학의 확장

치료법학은 미국 내에서 형사사법에만 영향을 끼친 것이 아니라 정신장애인의 강제입원(강제치료) 절차와 기준에도 많은 영향을 끼쳤다. 치료법학의 공동제창자 중 한 사람인 위닉은 2005년 한 책자(Civil Commitment)에서 미국의 강제입원(민사수용, civil commitment) 형태를 의료모델(medical model)과 사법모델(legal model)로 구분한 후 양 모델의 문제점을 극복한 치료법학 모델(Therapeutic Jurisprudence)을 제시하였다.

최근에는 미국 대부분의 주에서 정신장애인의 강제입원은 법원의 판사가 최종적으로 결정하는데, 그 강제입원 과정에서 주도권을 의료인이 갖는지 아니면 법조인이

34) Wexler David B., Winick Bruce J., “Therapeutic Jurisprudence and criminal justice mental health issues”, Mental and Physical Disability Law Reporter, 16(2), 1992, p. 225.

35) Wexler David B., Winick Bruce J., Ibid., pp. 226-231.

갖는지에 따라 의료모델과 사법모델로 구분된다. 정신장애인에 대한 강제입원(civil commitment)은 미국에서 과거부터 의료모델에 기반해 있었다.³⁶⁾

의료모델은 의사가 환자의 자유를 박탈하는 실제적 결정권을 가지게 하여 자의적 결정과 불필요하고 장기적인 입원의 문제점을 야기하게 되는데, 미국 내에서 이를 개혁할 목적으로 사법모델이 도입되었다. 사법모델은 강제입원(민사수용)의 엄격한 기준과 청문(심문)절차의 제공, 자의적 결정의 제한 등 의료모델의 문제점을 많이 제거하였고, 법원을 통한 의료여건의 개선, 입원요건의 엄격성과 입원비용의 증가로 인한 탈시설 확산 등을 통해 환자들을 지역사회로 나오게 하는 계기를 만들었다고 한다.³⁷⁾

그러나 1950-70년대 이후 확산된 사법모델도 1980년대 이르러 몇 가지 문제점을 야기하였다. 먼저 의료인으로부터 결정권을 넘겨받은 법원의 판사와 변호사가 환자의 임상적 요구를 이해하지 못하고 법적 권리만을 강조하면서, 환자의 치료적 요구를 무시한 채 지역사회로 환자를 내보내게 되면서 예컨대, 환자의 노숙화(homeless), 경범죄 증가 등 환자와 지역사회가 모두 부담을 가지게 되었다. 아울러 사법모델의 재판절차에서도 법원이 점차 짧은 기간 동안의 형식적 절차만을 진행하고, 판사가 의료인의 의견에 따라 도장을 찍어주는 승인 기구로 전락하게 되었다.³⁸⁾

위닉은 위와 같은 의료모델과 사법모델의 문제점을 극복하고자 치료법학 모델을 제시하는데, 이는 앞서 본 바와 같이 법의 치료적 기능을 강조하는 것이다. 여기서 법이란 법적 규율들뿐만 아니라 법적 관행, 판사·변호사·전문가 등의 법적 행위자들의 역할과 행위방식 등을 포함하며, 그 목적은 치료적 효과를 높이고, 반치료적 효과를 제거하는 것이다.³⁹⁾ 치료법학에서 치료적 방식은 법에 있어 정신건강적 접근방식을 강조하는 것으로 치료적 효과를 높이는 것은 결국 강제입원에 있어 치료적 관점에서 다양한 질문(예컨대, 보호 목적의 강제입원에서 환자의 무능력 개념은 어떻게 정의되고 적용될 수 있는가? 공동체의 안전을 위한 치안 목적의 수용은 어떻게 개념 정의될 수 있는가? 만약 예방적 외래환자 수용이 허용된다면, 어떻게 그 잠재적 치료

36) Bruce J. Winick, "Civil Commitment: A Therapeutic Jurisprudence Model", Carolina Academic Press, 2005, p. 4.

37) Bruce J. Winick, Ibid., p. 5.

38) Bruce J. Winick, Ibid., p. 6.

39) Ibid.

효과를 최대화할 수 있는가? 등)을 하고 그에 대한 해결책을 찾는 방식으로 이루어진다.⁴⁰⁾

다. 치료법학과 정신보건법정에 대한 비판

정신보건법정(mental health court)의 이론적 배경이 된 치료법학에 대해서 최근에는 비판적 견해도 적지 않다. 2012년 미국의 법학교수인 E. Lea Johnston 은 ‘정신보건법정의 이론화(THEORIZING MENTAL HEALTH COURTS)’라는 논문을 통하여 다음과 같이 치료법학적 근거의 문제점을 지적하였다.⁴¹⁾

- i) 치료 개념의 불충분함 : 치료법학에서 말하는 치료적인 것의 의미는 평가자의 주관이나 경험에 좌우되는 것이어서 불충분한 개념이다.
- ii) 치료와 다른 가치와의 충돌 : 치료적 목적이 다른 법적 가치들(예컨대, 자율, 형평, 공공의 안전, 일관성 등)과 충돌할 때 그 우선순위를 결정하지 못하는 치료법학은 결국 치료적 가치만을 우위로 삼을 위험이 있다.

그리고 E. Lea Johnson 교수는 치료법학에 근거한 정신보건법정이 기존의 근대 형사사법시스템의 바탕이 된 범죄 성립의 책임주의, 형벌에 있어 응보형과 일반예방 형주의를 침식할 우려가 있음을 지적한다. E. Lea Johnson 교수는 정신보건법정이 기존의 형사사법시스템과 충돌하면서 정신보건법정이 정신질환과 범죄행위의 선택 사이에 놓인 간극에 대한 판단에 실패하면서 정신질환 범죄자의 범죄행위에 상응하는 제재조치를 부과하기 어려울 수 있다는 점을 지적한다.⁴²⁾

40) Bruce J. Winick., Ibid., pp. 8-10.

41) E. LEA JOHNSTON, "THEORIZING MENTAL HEALTH COURTS", Washington University Law Review, 89 Wash. U. L. Rev. 519, 2012, pp. 529-534.

42) Ibid.

제3장

KOREAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY

우리나라의 정신장애인에 대한 형사재판과 치료처우

권 수 진

제3장

우리나라의 정신장애인에 대한 형사재판과 치료처우

제1절 형사재판제도

아직 우리나라에서는 영미의 정신보건법정과 같이 위법행위를 한 정신장애인에 대한 특수한 재판제도는 없다. 위법행위를 한 정신장애인에 대한 형사재판의 경우 일반적인 형사재판절차를 진행하면서, 범죄의 원인이 정신장애에 의한 것인지를 규명하기 위해 검사 등이 정신감정을 신청하거나 법원의 정신감정 명령하는 등의 부수적인 절차를 행하고 있다. 그리고 법원은 형사재판에서 피고인의 유·무죄의 판결과 치료감호 여부를 결정한다. 따라서 이하에서는 우리나라 법원에서 위법행위를 한 정신장애인에 대한 형사재판이 어떻게 이루어지고 있는지 자세히 살펴본다.

1. 수사 및 재판 절차 관련 법규

범죄의 발생이 범죄인의 정신질환에 의하였거나, 정신질환에 의하였다고 의심되는 경우에 수사기관은 이를 고려하여 수사하여야 한다. 치료감호법에 의하면, 검사와 사법경찰관리는 범죄를 수사할 때 범죄경력이나 심신장애 등을 고려하여 치료감호를 청구함이 상당하다고 인정되는 자에 대하여는 치료감호 청구에 필요한 자료를 조사하여야 한다(치료감호법 제5조 제1항, 제2항). 따라서 입건된 피의자가 심신장애 상태나 정신성적(精神性的) 장애가 있는 상태 등에서 범죄행위를 한 것으로 의심되는 경우에, 사법경찰관리는 치료감호의 요건이 되는 전과나 치료감호경력, 치료의 필요성과 재범의 위험성, 심신장애의 정도나 마약류·알코올을 식음(食飲)하는 등의 습癖(習癖) 및 중독된 정도, 정신성적(精神性的) 장애의 정도, 그 밖에 치료감호대상자에게 이익이 되는 사항과 이를 증명하는 사항에 유의하여 조사하여야 한다(치료감호법 시행규칙

제4조 제1항).

경찰은 정신장애로 인하여 치료감호에 처(處)함이 상당하다고 인정되는 사건의 대상자(피의자)에 대하여는 검찰청에 송치하기 전에 정신과 등의 전문의의 진단이나 감정을 참고하여야 한다. 또한 경찰은 피의자의 정신에 관하여 보다 정밀한 감정을 하기 위하여, 피의자의 신체에 대한 일정 기간 유치처분이 필요한 때(형사소송법 제172조 제3항, 제221조의3)에는 검사에게 감정유치신청서를 제출하여 검사의 청구로 관할 법원 판사의 감정유치장을 발부받아야 한다(경찰청 범죄수사규칙 제167조 제3항).⁴³⁾

검사는 경찰에서 송치된 사건에 대한 범죄사실의 수사와 함께 피의자의 정신장애유무 등 치료감호 청구에 필요한 자료를 조사하여야 한다(치료감호법 제5조 제1항). 검사는 피의자에 대한 정신장애 유무 등의 조사를 하는 때에는 정신(성적)장애의 정도, 치료의 필요성과 재범의 위험성 등의 증명에 주의하여야 한다(치료감호법 시행규칙 제4조 제1항 제2호·제3호).

정신장애범죄자의 정신감정을 위해 감정유치가 필요한 때에, 검사는 판사에게 감정유치처분을 청구한 후, 판사가 발부하는 감정유치장을 가지고 감정유치와 감정의뢰를 하게 된다(형사소송법 제221조의3 제1항). 감정유치기간은 대체적으로 30일 정도인데, 필요한 때에는 판사에게 청구하여 그 기간을 연장할 수 있다(형사소송법 제221조의3 제2항, 제172조 제6항). 그러나 경찰단계에서 이미 정신감정을 한 경우에 검사는 감정을 다시 하지는 않으며, 경찰단계에서의 감정결과와 수사결과를 바탕으로 책임능력 존부와 치료감호의 필요성을 판단하여 기소나 치료감호의 독립청구를 하거나 양자의 병합청구를 한다.

한편 법원은 공소제기된 사건의 심리결과 치료감호를 할 필요가 있다고 인정할 때에는 검사에게 치료감호청구를 요구할 수 있다(치료감호법 제4조 제7항). 이와 같이 법원이 검사에게 추가적으로 치료감호의 청구를 요구하는 것은 일반적으로 변호인이 피고인의 심신상실 또는 심신미약을 주장하고, 이에 상당한 이유가 있으며, 또한 치료감호의 필요성이 인정되는 경우이다.⁴⁴⁾

법원은 감정을 위하여 피고인을 유치할 때에는 감정유치장을 발부하여야 한다(형사

43) 경찰청훈령 제750호, 타법개정 2014. 12. 24, 시행 2014. 12. 24.

44) 원범연·조성용, “범법장애자 등에 대한 법적 처우에 관한 연구”, 한국형사정책연구원, 2003, 127면.

소송법 제172조 제4항). 감정내용은 정신질환 유무, 정신성적 장애 유무, 마약류 등이 나 알코올 등 인체에 해로운 물질의 식음, 섭취, 흡입, 흡연 또는 주입받는 습벽이 있거나 그 중독여부, 범죄와 관련성 여부 및 기타 감정의뢰 기관이 요구하는 법정신의 학적 판단을 필요로 하는 사항이 해당된다(피치료감호자 분류 및 처우관리준칙 제60조 제1항).

2. 수사 및 재판 절차에서 정신감정의 기능

현행 치료감호법 제4조 제2항에 따르면, 치료감호대상자에 대한 치료감호를 청구할 때에는 정신건강의학과 등의 전문의의 진단이나 감정을 참고하도록 하고 있다. 그리고 정신성적 장애인의 경우, 전문가의 감정을 반드시 거친 후 치료감호를 청구하도록 하여 필요적 정신감정을 규정하고 있다. 나아가 법원은 치료감호법 제4조 제2항의 감정이 충분치 않은 경우 치료감호대상자의 심신장애 또는 정신성적 장애 여부를 판단하기 위해 재감정을 명할 수 있다(치료감호법 제13조).

정신장애 범죄자에 대한 감정은 대상자의 정신장애 유무를 명백히 하여 정신장애가 존재하는 경우 그러한 생물학적 사실이 대상자의 범죄행위에 어떠한 영향을 미쳤는지 제시함으로써, 책임능력의 존부 및 향후 형사제재의 종류와 정도에 중요한 단서로 활용될 수 있다.⁴⁵⁾

여기서 정신장애의 감정과 관련하여 전문감정인의 생물학적 감정결과를 법원이 따를 것인가가 논의될 수 있다. 우선 치료감호법 제2조 제1항에 의한 치료감호 대상자는 형법 제10조에 따라 벌할 수 없거나 형이 감경되는 심신장애자, 즉 책임무능력 또는 한정책임능력자로서, 치료감호시설에서의 치료를 받을 필요가 있고 재범의 위험성이 있는 자이다. 그리고 형법 제10조는 책임능력 규정에 있어 생물학적 방식과 심리적·규범적 방식을 혼합한 방식을 취하여, 심신장애라는 생물학적 요건을 근거로 사물을 변별할 능력이 없거나 의사를 결정할 능력이 없는 자의 행위를 벌하지 않고, 이러한 능력이 미약한 자의 행위는 형을 감경한다고 규정함으로써, 정신장애 판단의 전체과정을 규범적으로 통제하고 있다. 이와 같이 보면, 법원은 전문감정인의 생물학

45) 이진국, “형사절차상 정신장애에 대한 감정”, 법학논총 제28권 제4호, 한양대학교 법학연구소, 2011.12, 356면.

적인 정신감정 결과에 기속되지 않고 할 수 있다. 즉 법원이 재판절차에서 피고인에 대한 정신감정을 명할 것인지 여부는, 치료감호법상의 정신성적 장애자에 대한 필요적 감정을 제외하고는, 원칙적으로 법원의 재량이라고 할 수 있다. 또한 대법원은 심신장애의 판단에 관한 전문가의 감정 및 감정결과와 법관의 최종적 판단에 관해, 이러한 판단은 법률적 판단이므로 감정인의 정신감정 결과에 법원이 기속되지 않음을 분명히 하고 있다.⁴⁶⁾ 다만, 최근의 판례는 심신장애의 의심이 있는 경우 전문가의 감정을 거쳐야 하는 것을 강조하고 있는 추세이다. 이는 법원이 피고인의 심신장애를 의심할 사정이 있는 경우 감정결정을 내려 전문가의 감정을 받아야 하는 입장을 취하면서도 법원이 전문가의 감정에 구속되지 않는다는 것을 명확히 하고 있는 것으로,⁴⁷⁾ 의학적 정신감정은 심신장애 판단에서 법률적 판단의 보조적 역할을 하는 것으로 볼 수 있다.⁴⁸⁾

3. 정신장애 범죄 및 범죄자 관련 현황

가. 전체 범죄의 발생 추이

우리나라 정신장애 범죄 관련 현황을 이해하기 위해서 우선 우리나라 전체 범죄 관련 현황을 검토할 필요가 있다. 지난 10년간 전체범죄 발생 건수를 <표 3-1>에서 살펴보면, 형법범죄의 경우 2005년 825,840건에서 2010년을 제외하고 계속 증가하여 2013년에는 1,057,855건으로 약 28%까지 증가하였고, 이후 2014년에는 다소 감소하여 1,016,209건을 나타냈다.

특별법범죄의 경우 2005년 1,068,056건에서 다소 증감을 반복하고 있으나, 2014년의 경우 917,626건으로 약 14% 감소하였다. 이를 전체범죄 구성비로 살펴보면 좀 더 명확하게 알 수 있는데, 2005년의 경우 형법범죄는 43.6%이고, 특별법범죄는 56.4%였는데, 이후 특별법범죄의 구성비가 점차 감소하여 2014년 전체범죄에서 형법범죄는 52.5%이고, 특별법범죄는 47.5%로 전체범죄에서 형법범죄가 증가하였다.

46) 대법원 1994. 5. 13. 선고 94도581 판결.

47) 이진국, 앞의 글, 360면.

48) 박정성·김효진, “현행법상 심신장애의 판단기준에 관한 논의”, 법과 정책 제18권 제1호, 제주대학교 법과정책연구소, 2012.2, 121면.

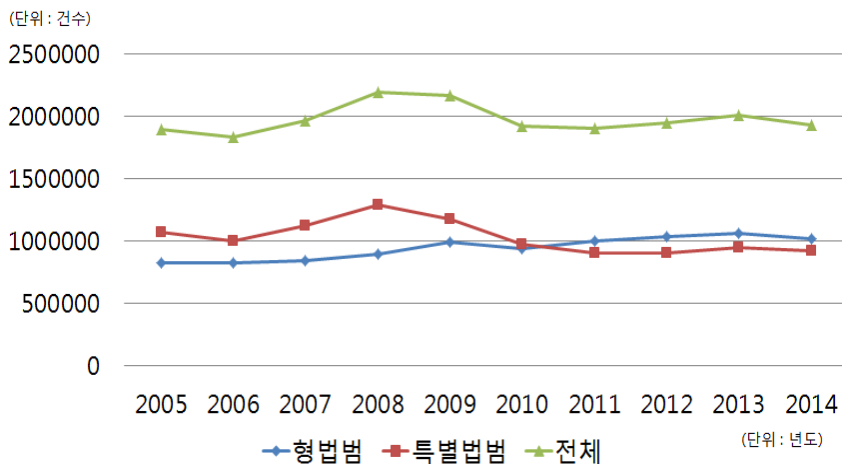
〈표 3-1〉 전체범죄의 발생건수 추이(2005-2014)

(단위: 건, %)

구 분	형법범		특별법범		합 계
	발생건수	구성비	발생건수	구성비	
2005	825,840	43.6	1,068,056	56.4	1,893,896
2006	828,021	45.3	1,001,190	54.7	1,829,211
2007	845,311	43.0	1,120,666	57.0	1,965,977
2008	897,536	41.0	1,291,916	59.0	2,189,452
2009	993,136	45.8	1,175,049	54.2	2,168,185
2010	939,171	49.0	978,129	51.0	1,917,300
2011	997,263	52.4	905,457	47.6	1,902,720
2012	1,038,609	53.4	906,297	46.4	1,944,906
2013	1,057,855	52.7	948,827	47.3	2,006,682
2014	1,016,209	52.5	917,626	47.5	1,933,835

출처: 대검찰청, 『범죄분석』, 2006-2015 재구성.

지난 10년간 전체범죄의 발생건수를 〈그림 3-1〉에서 그래프로 살펴보면, 전체범죄는 2008년까지 증가하다가 이후 감소하였고, 최근 다시 소폭 증가하여 증감을 반복하는 추세를 알 수 있다. 그래프 상으로 형법범죄의 경우 전체적으로 점차 증가하고 있고, 특별법범죄의 경우 점차 감소하고 있다.



[그림 3-1] 전체 범죄 발생건수 추이

나. 정신장애인 범죄의 발생 추이

(1) 범죄자 범행시 정신상태

대검찰청 자료에 나타난 지난 10년간 범죄자 범행시 정신 상태를 <표 3-2>에서 살펴보면, 범행시 정신장애가 있는 범죄자는 다소 증감을 반복하기는 하나 2005년 3,332명에서 2014년 5,903명으로 전체적으로 증가해왔다. 그러나 전체 범죄자 수도 점차 증가하는 추세여서 이와 비교했을 때, 전체 범죄자 대비 정신장애 범죄자의 비율은 2005년에서 2007년까지는 0.3%였고, 2008년 이후로 0.4%를 유지하여 거의 일정하다고 볼 수 있다.

<표 3-2> 범죄자 범행시 정신상태(2005-2014)

(단위: 명, %)

구 분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
전체 범죄자	1,049,250	1,033,914	1,008,253	1,179,445	1,278,802	1,108,307	1,114,495	1,287,401	1,276,886	1,492,974
정신장애 범죄자	3,332 (0.3)	3,288 (0.3)	3,511 (0.3)	4,321 (0.4)	4,730 (0.4)	4,136 (0.4)	4,396 (0.4)	4,602 (0.4)	5,241 (0.4)	5,903 (0.4)

출처: 대검찰청, 『범죄분석』, 2006-2015.

(2) 정신장애인의 범죄 발생 추이

지난 10년간 정신장애인의 범죄발생 추이를 <표 3-3>에서 살펴보면, 형법범죄의 경우 2005년 2,933명에서 2010년을 제외하고 꾸준히 증가하여 2014년 5,426명으로 약 85% 정도 증가하였다. 특별법범죄의 경우 2005년 2,390명에서 2009년 3,085명까지 증가하였으나 이후 계속 감소하여 2014년 875명으로 2005년에 비해 약 66% 정도 감소하였다.

정신장애인의 범죄 구성비를 살펴보면, 2005년의 경우 형법범죄는 55.1%이고, 특별법범죄는 44.9%로 형법범죄가 약간 많은 편이었으나, 이후 형법범죄의 비율이 꾸준히 증가하여 2014년의 경우 형법범죄는 86.1%이고, 특별법범죄는 13.9%로 6배 이상 차이가 나는 것으로 나타났다.

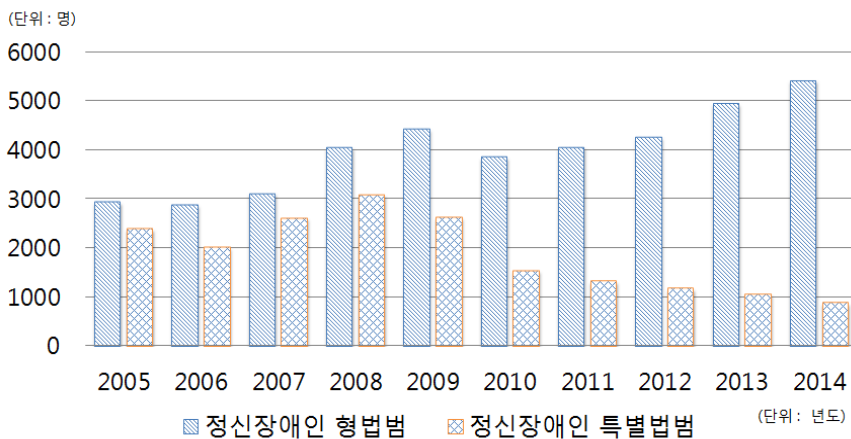
〈표 3-3〉 정신장애인의 범죄 발생 추이(2005-2014)

(단위: 명, %)

구 분	정신장애인 형법범		정신장애인 특별법범		합 계
	발 생	구성비	발 생	구성비	
2005	2,933	55.1	2,390	44.9	5,323
2006	2,879	58.9	2,010	41.1	4,889
2007	3,115	54.5	2,611	45.6	5,726
2008	4,055	56.8	3,085	43.2	7,140
2009	4,426	62.8	2,625	37.2	7,051
2010	3,854	71.5	1,537	28.5	5,391
2011	4,061	75.5	1,318	24.5	5,379
2012	4,266	78.6	1,162	21.4	5,428
2013	4,949	82.5	1,052	17.5	6,001
2014	5,426	86.1	875	13.9	6,301

출처: 대검찰청, 『범죄분석』, 2006-2015 재구성.

정신장애인의 범죄를 〈그림 3-2〉에서 살펴보더라도, 형법범죄의 경우 다소 증감이 있으나 전체적으로 증가하는 추세이고, 특별법범죄의 경우 전체적으로 감소하여 둘 간의 명확한 차이를 눈으로 확인할 수 있다. 정신장애인의 형법범죄 및 특별법범죄의 발생 추이는 앞서 살펴본 우리나라 전체 범죄의 발생추이와 별반 다르지 않음을 알 수 있다.



[그림 3-2] 정신장애인의 범죄 발생 추이

(3) 정신장애인의 죄명별 추이

우리나라 정신장애인의 죄명별 현황은 형법범죄와 특별법범죄로 구분하여, 형법범죄는 강력범죄 중에서도 흉악범죄인 살인, 강도, 강간(성폭력범죄의처벌및피해자보호등에관한법률 위반 포함), 방화와 폭행과 상해, 폭력행위 등 처벌에 관한 법률 위반(이하 ‘폭처법 위반’이라고 함), 절도와 사기, 기타 범죄에 대해서 살펴보고자 한다. 그리고 특별법범에서는 가장 많은 비율을 차지하고 있는 교통사고처리특례법위반과 도로교통법위반 중 음주운전, 마약과 관련하여 마약류관리에 관한 법률(이하 ‘마약류관리법’이라고 함) 위반과 유해물질관리법⁴⁹⁾ 위반 등을 살펴보고자 한다.

대검찰청 자료에서 나타난 정신장애인의 주요 죄명별 발생 현황을 <표 3-4>에서 살펴보면, 전체 형법범에서 정신장애인의 비율은 증감을 반복하나 2005년 2,895명에서 2014년 5,426명으로 증가하고 있는 추세이고, 비율상으로도 전체 형법범 2005년 0.3%에서 2014년 0.6%까지 점차 증가하고 있다.

<표 3-4> 정신장애인의 주요 죄명별 발생 현황(2005-2014)

(단위: 명, %)

구 분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
형 법 범	2,895 (0.3)	2,846 (0.3)	3,079 (0.4)	4,004 (0.4)	4,381 (0.4)	3,818 (0.4)	4,023 (0.5)	4,259 (0.4)	4,945 (0.5)	5,426 (0.6)
재산범죄	1,009	1,094	1,214	1,572	1,923	1,776	1,947	1,897	2,325	2,401
절 도	593	636	689	959	1,255	1,252	1,405	1,264	1,559	1,644
장 물	4	3	4	6	9	8	6	-	8	7
사 기	296	259	255	260	286	225	211	272	278	255
횡 령	37	34	29	25	49	40	34	20	57	67
배 임	4	5	3	3	2	4	-	3	3	-

49) 유해화학물질관리법은 2013년 6월 4일 전부개정으로 제명이 「화학물질관리법」으로 변경되었고, 2015년 1월 1일부터 시행되었다. 개정이유를 살펴보면, 최근 잇따라 발생한 화학사고로 인해 현행 「유해화학물질 관리법」으로는 화학물질 관리 및 화학사고 대응에 한계가 있다는 지적이 제기되고 국민들의 불안감이 가중 등으로 화학물질에 대한 통계조사 및 정보체계를 구축하여 국민의 알권리를 보장하고, 유해화학물질 취급기준 구체화, 화학사고 장외영향평가제도 및 영업허가제 신설 등을 통해 유해화학물질 예방관리체계를 강화하며, 화학사고 발생 시 즉시 신고의무를 부여하고, 현장조경관 파견 및 특별관리지역 지정 등을 통해 화학사고의 신속한 대응체계를 마련하는 한편, 제명 「유해화학물질 관리법」을 「화학물질관리법」으로 변경한다고 한다. 하지만 본 보고서에서는 2005년부터 2014년까지 최근 10년간의 범죄분석의 통계를 정리하였으므로 통계상으로는 법률의 제명이 바뀌지 않아 기존의 유해화학물질관리법으로 사용하기로 한다.

구 분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
손 괴	75	157	234	319	322	247	291	338	420	428
흉 악 강력범죄	224	286	271	352	348	413	492	490	597	731
살 인	46	52	48	45	55	56	84	65	60	64
강 도	31	34	27	43	54	37	54	48	31	42
방 화	49	63	70	79	80	101	110	87	123	126
강 간	98	137	126	185	159	219	244	290	383	499
폭 력 강력범죄	1,392	1,182	1,233	1,648	1,603	1,208	1,142	1,314	1,410	1,544
폭 행	85	282	343	432	464	398	389	435	524	722
상 해	220	491	495	682	570	489	396	437	415	606
협 박	9	9	12	24	23	18	15	25	27	115
공 갈	8	7	11	25	26	17	21	23	19	22
약취유인	2	2	3	9	5	8	10	2	8	4
체포감금	-	-	2	6	1	2	2	2	4	8
폭력행위등	-	-	-	1	2	4	19	14	13	53
폭처법위반	1,068	391	367	469	512	272	290	376	400	14
특별법범	437 (0.2)	442 (0.2)	432 (0.2)	317 (0.2)	349 (0.2)	318 (0.1)	373 (0.2)	343 (0.1)	296 (0.1)	477 (0.1)
마약류위반	168	168	206	124	131	101	124	118	132	165

* 마약류위반: 마약류관리에 관한법률(대마, 마약, 향정 해당)

출처: 대검찰청, 『범죄분석』, 2006-2015.

특히 재산범죄의 경우 2005년 1,009건에서 2013년 2,401건으로 2배 이상 증가하였는데, 그 중에서 절도죄와 손괴죄의 증가를 특징으로 꼽을 수 있다. 절도죄의 경우 2005년 593건 이후 다소 증감을 반복하다 2014년 1,644건으로 약 2.8배 정도 증가하였고, 손괴죄는 2005년 75건에서 증감을 반복하여 2014년 428건으로 약 5.7배 증가하였다. 흉악 강력범죄의 경우 2005년 224건에서 2013년 731건으로 증가하는데, 특히 방화죄의 경우 약 2.6배, 강간죄의 경우 약 5배 증가하였다. 폭력 강력범죄의 경우 2005년 1,392건에서 증감을 반복하여 2014년에는 1,544건으로 소폭 증가하였다. 비율상 폭행과 상해의 비율이 각각 약 8.5배, 약 2.8배 정도 증가한 반면, 폭처법위반의 경우 2005년 이후 감소하는 추세이나 2014년 14건으로 급격히 감소하였다.

정신장애인의 주요 죄명별 발생 현황에서 특별법범의 경우 그 수가 증감을 반복하고 있고, 그 비율은 전체 특별법범 대비 0.1%에서 0.2%를 유지하고 있다. 특별법범

중에 마약류 위반한 정신장애 범죄자의 경우 그 수는 2007년 206명까지 증가하였다가 증감을 반복하여 2014년 165명을 나타내고 있다.

(4) 정신장애 범죄자의 전과 현황

지난 10년간 정신장애 범죄자의 전과 현황을 <표 3-5>에서 살펴보면, 초범인 경우가 30% 이상으로 가장 많은 비중을 차지하고 있다. 초범의 경우 2005년 2,039명에서 다소 증감을 반복하여 2014년 2,202명으로 크게 변화는 없는 것으로 나타났다.

1범 역시 2005년 821명에서 증감을 반복하여 2014년 898명으로 큰 차이가 없었다. 이는 3범 이상의 경우에도 동일하게 나타났다. 결과적으로 지난 10년 간 정신장애 전과자 중 초범과 1범이 50% 내외로 가장 많은 비율을 차지했다. 그러나 예외적으로 전과 9범 이상 경우, 2005년 488명에서 꾸준히 증가하여 2014년 989명으로 그 수가 약 2배 증가하였고, 그 비율도 2005년 9.2%에서 2014년 15.7%로 나타났다.

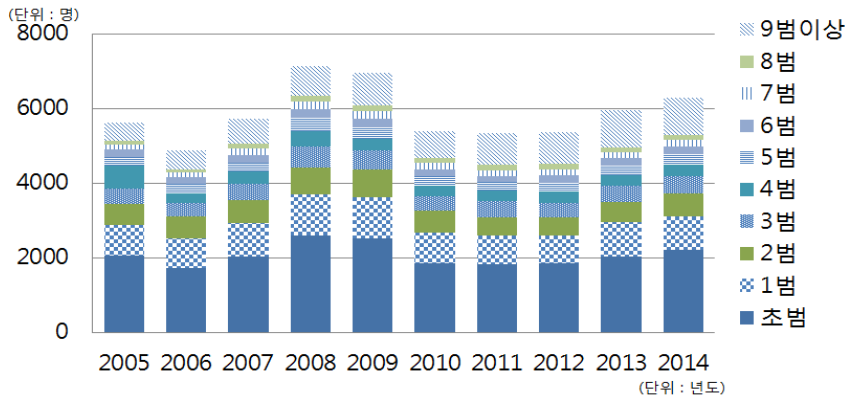
<표 3-5> 정신장애 범죄자의 전과 현황(2005-2014)

(단위: 명, %)

구 분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
초범	2,039 (38.3)	1,729 (35.4)	2,036 (35.6)	2,577 (36.1)	2,506 (35.5)	1,848 (34.3)	1,816 (33.8)	1,842 (33.9)	2,019 (33.6)	2,202 (34.9)
1범	821 (15.4)	781 (16.0)	884 (15.4)	1,110 (15.5)	1,110 (15.7)	830 (15.4)	778 (14.5)	757 (13.9)	929 (15.5)	898 (14.3)
2범	564 (10.6)	586 (12.0)	625 (10.9)	733 (10.3)	754 (10.7)	578 (10.7)	486 (9.0)	485 (8.9)	547 (9.1)	627 (10.0)
3범	413 (7.8)	360 (7.4)	432 (7.5)	560 (7.8)	511 (7.2)	391 (7.3)	437 (8.1)	392 (7.2)	417 (6.9)	456 (7.2)
4범	318 (6.0)	269 (5.5)	330 (5.8)	411 (5.8)	396 (5.6)	286 (5.3)	275 (5.1)	301 (5.5)	297 (4.9)	316 (5.0)
5범	237 (4.5)	236 (4.8)	242 (4.2)	361 (5.1)	312 (4.4)	239 (4.4)	224 (4.2)	243 (4.5)	264 (4.4)	271 (4.3)
6범	206 (3.9)	180 (3.7)	195 (3.4)	233 (3.3)	230 (3.3)	193 (3.6)	170 (3.2)	209 (3.9)	181 (3.0)	204 (3.2)
7범	129 (2.4)	128 (2.6)	174 (3.0)	188 (2.6)	209 (3.0)	174 (3.2)	153 (2.8)	150 (2.8)	162 (2.7)	169 (2.7)
8범	100 (1.9)	98 (2.0)	126 (2.2)	154 (2.2)	149 (2.1)	124 (2.3)	141 (2.6)	147 (2.7)	125 (2.1)	145 (2.3)
9범 이상	488 (9.2)	516 (10.6)	665 (11.6)	805 (11.3)	873 (12.4)	715 (13.3)	860 (16.0)	861 (15.9)	1,020 (17.0)	989 (15.7)
미상	8 (0.2)	6 (0.1)	17 (0.3)	8 (0.1)	1 (0.0)	13 (0.2)	39 (0.7)	41 (0.8)	40 (0.7)	24 (0.4)
합계	5,323 (100)	4,889 (100)	5,726 (100)	7,140 (100)	7,051 (100)	5,391 (100)	5,379 (100)	5,428 (100)	6,001 (100)	6,301 (100)

출처: 대검찰청, 『범죄분석』, 2006-2015 재구성.

정신장애 범죄자의 전과 현황을 <그림 3-3>에서 살펴보더라도, 해마다 해당 전과의 비율은 다소 증감을 반복하지만 크게 차이가 없는 것에 비해 9범 이상의 경우 그 비율이 상당히 증가한 것을 알 수 있다.



[그림 3-3] 정신장애 범죄자 전과 현황

다. 정신장애와 범죄의 상관관계

정신장애 범죄와 관련된 이러한 통계현황에 대해서는 논란이 없는 것은 아니다. 논란의 핵심은 정신장애와 범죄와의 직접적인 인과관계에 대하여 정확히 밝힐 수 없다는 것이다. 즉 정신장애와 범죄와의 상관관계를 부정하는 입장에 의하면, 정신장애인이 범죄를 저지른 것이 정신장애를 원인으로 하여 범죄를 행한 것인지, 아니면 정신장애인이 단순히 범죄를 저지른 것인지에 대한 규명이 명확히 이루어진다고 볼 수 없다고 본다.

실제로 정신장애인은 정신장애로 인해 경제력 상실, 가족관계 해체, 사회성 결여 등 정상적인 사회생활을 유지하기에는 일반인에 비해 열악한 환경에 처해질 수 있다. 그리고 정신장애와 범죄와의 상관관계를 부정하는 입장에 의하면, 정신장애 자체가 아니라 정신장애로 인해 처해지는 이러한 환경이 정신장애인으로 하여금 범죄로 나아가게 하는 동인이 될 수 있다는 것이다.

이와 같이 정신장애 범죄와 관련된 통계현황에 대한 논란이 있는 것은 사실이나

현대사회에 있어서 정신장애가 증가하고 있는 것은 사실이다. 따라서 이러한 정신장애로 인한 범죄, 즉 범죄 원인으로서의 정신장애를 규범적으로 어떻게 파악할 것이며, 이를 사법적으로 어떻게 채우할 것인지 검토할 필요가 있다.

제2절 치료처우

1. 치료감호제도

가. 치료감호제도의 발전

우리나라에서 정신장애 범죄자에 대한 처우는 1980년 제정된 사회보호법의 치료감호제도로 출발하였다. 그 이전에 정신장애 범죄자는 검찰단계에서 불기소처분으로 처리되거나 재판 단계에서 무죄가 선고되어 그대로 방치되었으나, 사회보호법을 통해 정신장애자에 대한 본격적인 처우가 시작된 것이다. 1980년 제정(법률 제3286호) 당시, 일정한 죄를 범한 경우 감호기간을 완치시(까지 부정기형)로 하여 반드시 치료감호에 처하도록 하였으나, 이후 1989년 일부 개정(법률 제4089호)을 통해 필요적 치료감호를 폐지함과 아울러 치료감호의 요건으로 “재범 위험성”을 명시하였고, 치료감호의 종료시기를 완치된 때에서 감호의 필요가 없을 정도로 치유된 때로 변경하였다. 또한 1996년 치료감호법 일부 개정(법률 제5179호)에서는 가종료제도를 도입하여 피치료감호자에 대한 효율적 사후관리를 도모하고, 장기치료를 요하는 피치료감호자에 대한 치료를 위하여 감호를 위탁할 수 있도록 개정하였다. 그리고 2005년, 사회보호법은 보호감호가 이중처벌기능을 하고 국민의 기본권을 침해하는 등의 위헌소지가 있어 폐지되었다.

치료감호의 법적 근거인 사회보호법의 폐지 이후 대체입법으로 치료감호법이라는 별도의 법률이 제정되었다. 2005년 제정된 치료감호법(법률 제7655호)은 심신장애 또는 마약류·알코올 그 밖에 약물중독 상태 등에서 범죄행위를 한 자로서 재범의 위험성이 있고 특수한 교육·개선 및 치료가 필요하다고 인정되는 자에 대하여 적절한 보호와 치료를 함으로써 재범을 방지하고 사회복귀를 촉진하는 등 종전의 「사회보호법」에 의하여 규율되어 온 치료감호제도를 보완·개선하여 제정되었다. 즉 치료감호법

은 심신장애 또는 마약류·알코올 그 밖에 약물중독 상태 등에서 범죄행위를 한 자로서 재범위험성과 치료필요성이 인정되는 자에 대하여 각각 15년, 2년 기간 내에 치료감호시설에 수용하는 것을 주요 내용으로 하였다. 이후 2008년 치료감호법 일부 개정(법률 제9111호)에서 성폭력범죄의 근절을 위하여 정신성적 장애자를 치료감호 대상으로 추가하면서, 이들에 대한 진단 또는 감정을 의무화하고 수용기간의 상한을 심신장애자에 맞추어 15년으로 정하였다. 이어 2013년 치료감호법 일부개정(법률 제11954호)에서는 치료감호 대상 성폭력범죄의 범위에 유사강간죄, 행상강도강간죄 및 강도강간 미수죄를 추가하였고, 살인범죄의 경우 계속 치료가 필요하다고 인정되면 법원의 결정으로 매회 2년의 범위에서 3회까지 치료감호의 기간을 연장할 수 있도록 하였다. 그리고 치료감호소 출소자가 사회 내에서 지속적으로 치료받을 수 있도록 지역사회 내 정신보건센터에 등록하여 상담, 진료, 사회복귀훈련 등의 정신보건 서비스를 받을 수 있게 하였고, 출소자의 신청이 있는 경우 치료감호시설의 장은 무상으로 외래치료를 실시할 수 있도록 하였다. 또한 한 곳에 불과한 치료감호소의 열악한 치료환경과 부족한 의료진 등의 문제를 개선하기 위하여, 법무부장관이 국립정신의료기관을 치료감호시설로 지정할 수 있도록 하였다.

나. 치료감호의 의의 및 법적성격

정신장애나 정신성적 장애로 범죄를 저지른 자에 대해선 책임주의 원칙을 온전히 적용할 수 없기 때문에 일반범죄자와 차별적인 처우를 할 필요가 있다. 그래서 정신장애자에 대한 처벌에서는 행위책임을 지양하고 행위자의 사회적 위험성에 주목하여 그 위험성을 교정하거나 위험성으로부터 사회를 방위하기 위하여 기존의 형벌과는 별개의 제재수단인 보안처분이 적용된다.⁵⁰⁾

치료감호는 치료감호의 선고를 받은 자를 치료감호시설에 수용하여 치료를 위한 조치를 하는 것을 내용으로 하는 자유박탈적 보안처분이다. 치료감호는 형벌을 대체하거나 보완하는 기능을 하는 것으로 행위책임에 대한 사후적 제재인 형벌의 목적과는 달리 정신장애 범죄자의 치료나 성격적 장애의 개선을 목표로 하고 있다.

치료감호는 책임무능력자, 한정책임능력자 등에 적용되는 대인적 보안처분으로서

50) 성경숙, “정신장애범죄자의 형사책임에 관한 연구”, 성균관대학교 박사학위 논문, 2009, 159면.

범죄 관련 물건의 몰수, 범죄행위에 이용된 시설 또는 영업소의 폐쇄 등의 대물적 보안처분과는 구별된다. 또한 인격장애 등의 원인으로 인한 상습적 누범자를 사회치료를 통해 효과를 거두고자 하는 사회치료처분과는 그 대상자에서 구별되며, 자유박탈적 보안처분이기 때문에 보호관찰과 같이 정상적인 사회생활을 영위하면서 보호관찰의 지도와 감독을 받는 자유제한적 보안처분과도 구별된다.⁵¹⁾

다. 치료감호의 요건

(1) 일반적인 요건

① 재범의 위험성

치료감호의 요건으로 재범의 위험성이 전제되어야 한다. 치료감호는 보안처분의 일종으로 장래의 위험한 범죄자로부터 사회를 방위하기 위한 특별예방적 성격을 갖기 때문이다. ‘재범의 위험성’이란 행위자가 정신장애로 다시 위법행위를 할 개연성을 말하는 것으로, 이에 대한 판단은 규범적·법률적으로 법관이 최종적으로 내린다. 법관은 치료감호를 선고하기 전에 전문의의 진단과 감정을 실시하고, 필요할 경우 재감정을 하도록 하여 재범 위험성에 대한 판단을 하는데, 이러한 과정에서 전문 감정인의 지식 및 경험의 도움을 받을 수 있다.

재범위험성의 판단은 행위자의 전인격을 종합적으로 고려하되 심리학, 의학, 정신분석학 등 과학적 판단자료를 근거로 이루어져야 한다. 또한 재범의 위험성의 입증은, 미래에 대한 예측에 기초를 두고 있기 때문에, 개연성 정도로 충분하다.

② 치료의 필요성

치료감호의 요건으로 ‘재범의 위험성’ 이외에 ‘치료의 필요성’이 인정되어야 한다. ‘치료의 필요성’을 추가하는 문제는 책임능력과 분리하여 새로운 처우정책을 지향할 때 의미가 있다. ‘치료의 필요성’이란 피치료감호자가 단순히 심신장애 상태에 있거나 이를 위한 치료의 필요성만으로는 부족하고, 피치료감호자가 일정기간 강제력을 수반하는 감호 상태에서 치료를 받아야 할 명백한 사정이 있는 경우에 한하여 인정할 수 있다.

51) 장규원/박준영/윤현석, “각국의 치료감호제도에 관한 연구”, 법무부, 2011, 11면.

(2) 대상자별 요건

① 제1호 처분

치료감호법 제2조 제1항의 제1호 처분에 해당하는 자는 형법 제10조 제1항의 책임 무능력으로 벌할 수 없거나 제10조 제2항의 한정책임능력으로 형이 감경되는 자가 금고 이상의 죄를 저지른 자로서, 치료감호시설에의 치료가 필요하고 재범의 위험성이 있는 심신장애자이어야 한다. 심신장애는 사물을 변별하거나 의사를 결정할 능력이 불완전한 상태에서, 규범적·사실적 개념이 혼용되어 있다. 따라서 법관은 심신장애 유무를 판단하는 과정에서 규범적으로 판단할 수 없는 생물학적 판단에 대하여 전문 감정인의 감정 결과를 참고할 수 있다. 우리나라에서 공식적으로 사용하는 정신장애 진단 및 분류기준은 세계보건기구에서 제정하여 통용되는 국제질병분류(ICD-10)와 미국 정신의학회에서 제시한 ‘정신장애 진단통계편람’(DSM-IV)이다.

② 제2호 처분

치료감호법 제2조 제1항의 제2호 처분에 해당하는 자는 마약·향정신성의약품·대마 그 밖에 남용되거나 해독작용을 일으킬 우려가 있는 물질이나 알코올을 식음·섭취·흡입·흡연 또는 주입받는 습벽이 있거나 그에 중독된 자가 금고이상의 형에 해당하는 범죄를 저지른 자로서, 치료감호시설에의 치료가 필요하고 재범의 위험성이 있는 자이다.

③ 제3호 처분

치료감호법 제2조 제1항의 제3호 처분에 해당하는 자는 소아기호증, 성적 가학증 등 성적 성벽이 있는 정신성적 장애자로 금고 이상의 형에 해당하는 성폭력범죄를 저지른 자로서, 치료감호시설에의 치료가 필요하고 재범의 위험성이 있는 자이다.

정신성적 장애자는 정신적 내지 심리적인 성적 문제를 가진 자로서 성적 주체성 장애, 성도착증, 정신 성기능 장애 등을 모두 포함하는 개념으로 이해되고 있다.⁵²⁾ 특히 성도착증의 경우 비정상적인 방식으로 성적충동을 느끼고 욕구를 해소하는 행동을 의미하고, 관음증, 노출증, 물품음란증, 마찰도착증, 소아기호증, 성적 피학증, 성적 가학증 등이 이에 포함된다.

52) 장규원/박준영/윤현석, 앞의 보고서, 29면.

정신성적 장애자는 2008년 치료감호법의 일부개정(법률 제9111호)을 통해 치료감호 대상으로 추가되었는데, 이는 기존의 심신상실이나 심신미약에 해당되지 않는 정신성적 장애자에 대하여 치료감호의 법적근거를 마련하여 치료적 처우를 병행함으로써 성행(性行)을 개선하고 사회방위를 도모하여 성폭력범죄를 근절하기 위한 것이다.

라. 치료감호 절차 및 관련 법령

(1) 입소절차

① 정신감정 절차

수사, 재판의 전 과정에 있어서 치료감호 대상자에 대한 전문가의 정신감정이 행해질 수 있고, 이를 위하여 치료감호 대상자는 1-2개월 정신감정 시설에 유치될 수 있다. 현재 공주 치료감호소에서는 치료감호법에 근거하여 경찰, 검찰, 법원 등으로부터 정신감정을 의뢰받은 자(형사 사건의 피의자 또는 피고인)를 대상으로 전문적인 정신감정을 실시하고 그 결과를 통보하는 형사정신감정 유치제도를 운영하고 있다(치료감호법 제4조 제2항, 제13조).

구체적인 정신감정 절차를 살펴보면, 우선 감정 대상자 정신감정을 위한 치료감호소 검사병동에는 감정입소하면서 시작된다. 그리고 입소확인 절차로서 감호과에서 신원 및 영치금을 확인하고, 일반정신과의 주치의를 배정한다. 다음으로 검사병동에서 정신감정 대상자에게 정신감정에 대해 설명하고 병동생활을 안내하고 주치의를 확인하는 과정을 거친다. 그 후 본격적으로 주치의 면담, 행동관찰, 각종 검사를 통해 감정이 실시된다. 이어 심리검사, 뇌파검사, 임상병리 검사, 방사선 검사 등의 의료검사가 진행된다. 이러한 과정이 끝나면 감정의사는 감정초안을 작성한다. 정신감정 진료심의에서는 감정서를 검토한 후 담당의사가 작성한 정신감정서를 의뢰기관에 송부하는 것으로 정신감정의 모든 절차가 끝나고, 정신감정 대상자는 감정출소하게 된다. 그리고 감정비용은 경찰, 검찰, 법원 등 정신감정 의뢰기관에 청구된다.

현재 국내 형사사건 정신감정 건수의 약 85%는 치료감호소에서 실시되고 있으며, <표 3-6>를 살펴보면 2008년 정신감정(461명) 대비 2013년 정신감정(722명)은 그 비율이 56.6%로 꾸준히 그 수가 증가하고 있음을 알 수 있다.

〈표 3-6〉 치료감호소 감정현황(2008-2013)

(단위: 명)

연 도	2008	2009	2010	2011	2012	2013
인 원	461	537	613	645	631	722

출처: 치료감호소, 정신질환 범법자의 전문치료·재활을 위한 치료감호소, 2015.

② 치료감호의 집행

검사는 피치료감호자에 대한 치료감호를 집행하기 위하여 피치료감호자를 소환할 수 있다(치료감호법 제21조 제1항). 검사는 피치료감호자가 소환에 응하지 아니하면 치료감호집행장을 발부하여 보호구인할 수 있으며(치료감호법 제21조 제2항), 피치료감호자가 도망하거나 도망할 염려가 있을 때 또는 피치료감호자의 현재지를 알 수 없을 때에는 소환 절차를 생략하고 치료감호집행장을 발부하여 보호구인할 수 있다(치료감호법 제21조 제3항).

피치료감호자가 법원에서 치료감호명령을 받고 치료감호소에 입소하게 되면, 피치료감호자의 분류심사가 진행된다(피치료감호자 분류 및 처우관리준칙 제4조 제2항). 신입심사에서는 피치료감호자의 과거병력 및 가족력, 정신질환별 분류, 정신상태, 심신장애의 정도 등을 정신의학적으로 검사 진단하고, 피치료감호자의 전과, 범죄동기, 회수, 죄질, 연령, 교육, 경력, 환경, 신체상태, 가족관계, 병과된 형 등을 진단·분석하도록 하고 있다(피치료감호자 분류 및 처우관리준칙 제5조 제1항).

〈표 3-7〉 분리수용 및 병동의 종류

검사병동	신입환자와 정신감정환자의 평가 및 중환자 수용(50병상)
여자병동	여자 피치료감호자 및 정신감정 대상자 수용(100병상)
일반병동	심신장애자 등 수용(650병상)
약물치료 재활병동	마약류 및 약물남용자, 알코올 습벽자 수용(100병상)
인성병동	소아성기호증 등 정신성적 범죄자 수용(300병상)
사법병동	저위험군 심신장애자 등 분산치료(2015년 부곡 사법병동 개설)

출처: 치료감호소, 정신질환 범법자의 전문치료·재활을 위한 치료감호소, 2015.

피치료감호자는 치료감호소의 진료심의위원회의 심의를 거쳐, 마약류 등 및 알코올에 중독된 자는 약물중독재활센터 등 중독치료를 담당하는 병동에, 소아성기호증 등의 정신성적 장애자는 인성치료를 담당하는 병동에, 신체적 질병이나 특별한 관찰

또는 치료를 필요로 하는 자는 중환자병동에, 입소 후 치료경과가 호전되어 심리치료 및 사회적응훈련을 필요로 하는 자는 개방병동에 각각 분리 수용된다(피치료감호자 분류 및 처우관리준칙 제12조 제3항).

피치료감호자의 치료감호소에서의 수용기간은 심신장애자(제1호처분 대상자)와 정신성적장애자(제3호처분 대상자)는 15년을 초과할 수 없으며, 약물 및 알코올중독자(제2호처분 대상자)는 2년을 초과할 수 없다(치료감호법 제16조 제2항). 다만, 「특정 범죄자에 대한 보호관찰 및 전자장치 부착 등에 관한 법률」 제2조 제3호의 2에 따른 살인범죄를 저질러 치료감호를 선고받은 피치료감호자가 살인범죄를 다시 범할 위험성이 있고 계속 치료가 필요하다고 인정되는 경우에는 치료감호시설의 장이 정신건강의학과 등 전문의의 진단이나 감정을 받아 검사에게 기간의 연장을 신청하고, 검사는 법원에 기간의 연장을 청구하여 법원은 3회까지 매회 2년의 범위에서 기간을 연장하는 결정을 할 수 있다(치료감호법 제16조 제3항, 제4항).

(2) 퇴소절차

피치료감호자가 치료감호소에서 퇴소하기 위해서는 치료감호심의위원회의 심사 및 의결을 거쳐 치료감호 종료·가종료·치료위탁의 결정이 있어야 한다(치료감호법 제22조).

① 심사개시

피치료감호자의 종료·가종료 등에 대한 심사는 직권심사 방식(치료감호법 제40조 제1항)과 신청심사 방식(치료감호법 제43조, 제44조)으로 이루어진다.

치료감호심의위원회는 직권으로 피치료감호자에 대하여 치료감호 집행을 시작한 후 매 6개월마다 치료감호의 종료·가종료 여부를 심사하고, 가종료 또는 치료위탁된 피치료감호자에 대하여는 가종료 또는 치료위탁 후 매 6개월마다 종료 여부를 심사결정한다(치료감호법 제22조). 다만, 치료위탁에 대한 심사는 심신상실의 피치료감호자에 대해서는 집행개시 후 1년이 경과하여야 하며, 심신미약의 피치료감호자에 대해서는 치료감호 집행을 받은 후에 심사할 수 있다(치료감호법 제23조 제1항).

피치료감호자의 종료·가종료 등에 대한 심사는 검사 또는 피치료감호자 등의 신청이 있는 때에도 이루어진다. 검사가 신청할 때는 치료감호심의위원회에 심사신청서와

신청사항의 결정에 필요한 자료를 제출하여야 하는데, 이 경우 치료감호시설의 장이나 보호관찰관의 의견을 들어야 한다(치료감호법 제43조 제2항). 또한, 치료감호시설의 장이나 보호관찰관은 검사에게 심사의 신청을 요청할 수 있다(치료감호법 제43조 제3항).

피치료감호자 등이 치료감호의 종료 여부에 대한 심사를 신청할 때에는 정신건강의학과 등의 전문의의 진단서 또는 감정서를 첨부하고(치료감호법 시행령 제18조 제1항), 치료감호시설의 장은 피치료감호자등의 심사신청에 대하여 치료감호심의위원회에 의견을 제출할 수 있다(치료감호법 시행령 제18조 제2항). 치료감호의 종료 신청은 치료감호의 집행이 시작된 날부터 6개월이 지난 후에 하여야 하며, 그 신청이 기각된 경우에는 6개월이 지난 후에 재신청할 수 있다(치료감호법 제44조 제3항).

② 심사절차

치료감호심의위원회는 피치료감호자에 대한 동태보고서, 판결문, 전과기록 등을 토대로 비공개 서면심사를 하며, 필요한 때에는 법무부 소속 공무원으로 하여금 결정에 필요한 사항을 조사하게 하거나 피치료감호자 및 피보호관찰자나 그 밖의 관계자를 직접 소환·심문하거나 조사할 수 있다(치료감호법 제40조 제2항·제3항·제4항).

치료감호심의위원회가 치료감호의 종료·가종료 및 치료위탁을 결정할 때에는 피치료감호자의 연령·건강상태·경력·가족관계·가정환경·범죄경력·치료경과·준수사항의 이행 여부, 그 밖에 필요한 사항을 고려하여야 한다(치료감호법 시행규칙 제27조).

치료감호심의위원회는 위원장을 포함한 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다. 다만, 찬성과 반대의 수가 같을 때에는 위원장이 결정한다(치료감호법 제41조 제1항). 치료감호심의위원회가 의결을 할 때, 필요하면 치료감호시설의 장이나 보호관찰관에게 의견서를 제출하도록 할 수 있으며(치료감호법 제41조 제3항), 치료감호시설의 장이 의견서를 제출할 때에는 피보호자의 상태 및 예후, 치료감호 종료의 타당성 등에 관한 피보호자 담당 의사의 의견을 참조하여야 한다(치료감호법 제41조 제4항). 결정서에는 치료감호의 종료 등의 허가 여부와 그 이유를 기재하고, 출석위원들은 이에 기명날인한다(치료감호법 제41조 제2항). 이러한 치료감호심의위원회의 결정에 대해서 이의신청 등 피치료감호자나 피보호관찰자의 권리를 구제하기 위한 규정은 없다.

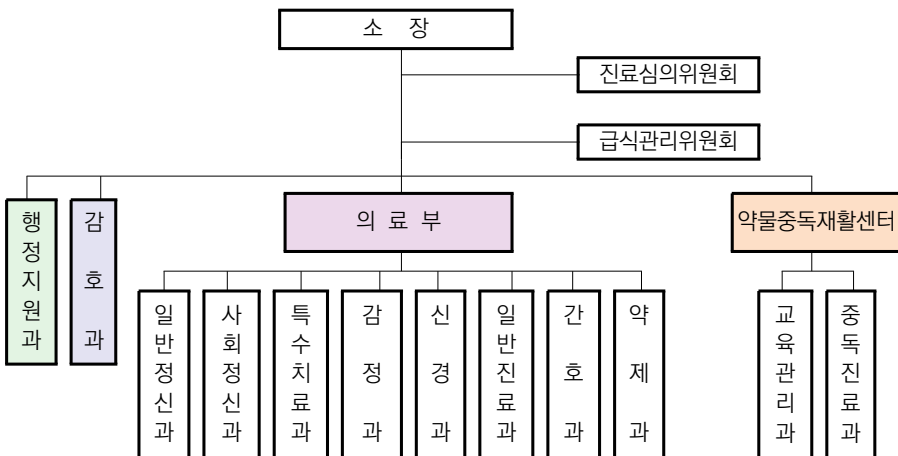
③ 가중료·치료위탁 시의 보호관찰

피치료감호자에 대하여 치료감호심의위원회의 의결에 따라 가중료·치료위탁의 결정이 내려지면 보호관찰이 개시된다(치료감호법 제32조 제1항 제2호, 제2호). 이 때 보호관찰기간은 3년이다(치료감호법 제32조 제2항).

2. 치료감호소의 조직 및 운영 현황

현재 우리나라의 치료감호 시설로는 공주 치료감호소(국립법무병원)와 2015년 8월 개소한 부곡의 사법병동(국립지정법무병원)이 있는데, 이하에서는 공주 치료감호소를 중심으로 치료감호시설의 조직 및 운영현황에 대하여 살펴본다.

가. 치료감호 조직 및 시설



출처: 법무부 보호법제과

[그림 3-4] 치료감호소 조직

공주 치료감호소의 조직을 <그림 3-4>에서 살펴보면, 2015년 5월 기준으로 치료감호소는 소장의 관할 하에 1부(8과), 1센터(2과) 등 총 12개 과로 편제되어 있다. 치료감호소 소장 아래 의료부의 경우 일반정신과, 사회정신과, 특수치료과, 감정과, 신경과, 일반진료과, 간호과, 약제과 총 8과로 구성되어 있다. 약물중독 재활센터는 2004년 개관 이래 교육관리과와 중독진료과 2개의 과로 구분하여 운영 중이고 그 외에 행정지

원과와 감호과가 있다. 그리고 별도의 조직으로 진료심의위원회와 급식관리위원회가 있다.

(1) 치료감호소 직원 현황

치료감호소 직원현황을 <표 3-8>에서 살펴보면, 국립법무병원에 2015년 기준으로 361명이 근무 중이다. 그 중에서 치료감호 처분을 받은 자의 수용·감호와 치료를 담당하기 위하여 간호직과 간호조무직이 각각 98명과 134명으로 가장 많이 종사하고 있다.

<표 3-8> 치료감호소 직원현황

(단위: 명)

직별 구분	계	전문 경력관	일 반 직															
			보호	의무	약무	간호	보건	시설	전산	공업	방송 통신	식품 위생	의료 기술	관리 운영	운전	간호 조무	조리	방 호
정 원	381	17	36	17	3	102	7	1	1	4	1	1	7	10	3	140	18	13
현 원 (초과 현원)	361 (3)	15	36	11	3	98	7	1	1	4	1	1 (1)	7	10 (2)	3	134	16	13
결 원	20	2	0	6	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2	0

출처: 법무부 보호법제과

그러나 현재의 인원은 정원 381명에서 20명이 부족한 것으로 대표적으로 의무직의 경우 6명, 간호직의 경우 4명, 간호조무직의 경우 6명이 부족한 상황이다. 이러한 의료관련 직군의 만성적인 인원 부족은 치료감호소의 치료의 효과를 저해시키는 요인으로 작용할 수 있다.

(2) 치료감호소 시설 현황

치료감호소 시설 현황을 <표 3-9>에서 살펴보면, 토지의 경우 302,882㎡로 임야나 도로 등으로 사용 중이고, 건물의 경우 51,261㎡로 사무실, 병동, 기숙사, 가정관, 비상대기소 등으로 사용 중이다. 이 가운데 피치료감호자나 감정 유치자를 수용하기 위한 총 수용면적은 4,126㎡이고, 1인당 수용면적은 대략 3.4㎡이다. 그 가운데 심신장애자 수용병동 11개의 1인당 수용면적은 2.8㎡로 정신보건법상 최소 수용면적인 4.3㎡에 못 미치는 수준이다.⁵³⁾

〈표 3-9〉 치료감호소 시설 현황

(단위 : ㎡)

토 지						건 물						
계	구 내			구 외		계	사무실	병 동 (1200 병상)	기숙사 (92실)	가정관 (1동3실)	비상대기 소(4동 69세대)	기 타
	대 지	임 야	기 타	대 지 (관사)	도 로							
302,882	110,817	137,060	28,669	10,726	15,610	51,261	10,110	27,466	3,611	232	4,455	5,387

출처: 법무부 보호법제과

(3) 치료감호소 병동별 수용인원 현황

치료감호소 병동별 수용인원을 〈표 3-10〉에 제시하였다.

〈표 3-10〉 치료감호소 병동별 수용인원 현황

(단위 : ㎡, 명)

구 분	병동명	수용실 면적	수용 정·현원		근무 직원수			비고
			정원	현원	계	간호사(남)	조무사	
일반병동 (14개)	검사병동	216㎡	50	52	12	7(1)	7	
	201병동	"	50	85	11	6(1)	6	
	202병동	"	50	84	11	6(1)	6	
	301병동	"	50	81	10	5(1)	6	
	302병동	"	50	85	11	5(0)	6	
	401병동	"	50	84	11	5(0)	6	
	402병동	"	50	84	11	5(1)	6	
	501병동	"	50	85	11	5(0)	6	
	502병동	"	50	83	11	5(1)	6	
	601병동(여)	"	50	60	12	6(0)	7	
	602병동(여)	"	50	70	12	5(0)	7	
	22병동	345㎡	50	65	11	5(1)	6	
인성병동	23병동	"	50			폐	쇄	
	73병동	265㎡	50	74	11	6(1)	6	
	71병동	265㎡	50	75	11	5(2)	7	
	72병동	"	50	70	11	4(2)	7	
	31병동	345㎡	50	30	12	4(1)	8	
약물치료 재활병동	32병동	"	50	33	11	4(0)	7	
계			900	1,200	190	88(13)	110	

출처 : 법무부 보호법제과

53) 국가인권위원회 침해조사와, 치료감호소 방문조사 참고자료, 2015, 3면.

약물치료 재합병동을 제외한 대부분의 병동에서 정원 50명을 초과하여 수용 중임을 알 수 있다. 구체적으로 보면, 601병동(여)의 경우 적게는 10명에서, 501병동의 경우 많게는 35명을 초과하여 한 병동에 최대 85명까지 수용하고 있음을 알 수 있다. 이는 적은 수의 인력이 다수의 피치료감호자들을 효율적으로 관리감독하기에는 효과적일 수 있으나 환자의 사생활의 자유나 치료에는 적절하지 못할 수 있다.



출처 : 국가인권위원회, 공주 치료감호소 방문조사 결과보고서, 2015.11, 15면.

[그림 3-5] 치료감호소 내 병실

〈그림 3-5〉은 치료감호소 내 병실을 소개하는 것으로, 입원실에 상당히 많은 인원이 과밀수용된 것을 알 수 있다.

나. 치료감호소 운영 현황

(1) 치료감호 대상자별 수용현황

치료감호법 제2조에 따르면, 치료감호대상자는 정신질환자, 약물중독자, 정신성적장애자로 구분할 수 있다. 정신성적장애자의 경우 2008년 12월에 개정된 치료감호법 시행으로 2009년부터 입소하게 되었다.

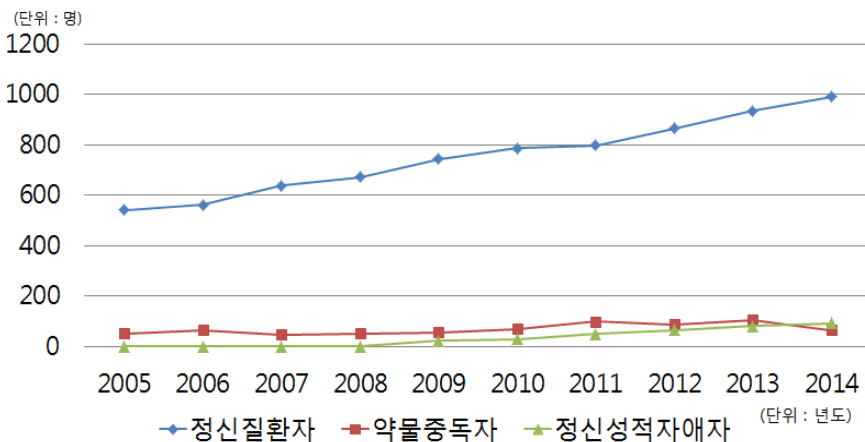
〈표 3-11〉 치료감호 대상자별 수용현황(2005-2014)

(단위: 명, %)

구 분	정신질환자	약물중독자	정신성적장애자	합 계
2005	542(91.1)	53(8.9)	0	595(100)
2006	563(89.5)	66(10.5)	0	629(100)
2007	639(93.1)	47(6.9)	0	686(100)
2008	671(92.8)	52(7.2)	0	723(100)
2009	744(90.3)	56(6.8)	24(2.9)	824(100)
2010	786(88.6)	71(8.0)	30(3.4)	887(100)
2011	798(84.2)	99(10.4)	51(5.4)	948(100)
2012	866(84.8)	88(8.6)	67(6.6)	1,021(100)
2013	935(83.3)	106(9.5)	81(7.2)	1,122(100)
2014	990(86.2)	67(5.8)	92(8.0)	1,149(100)

출처: 법무부 범죄예방정책국, 『범죄예방정책 통계연보』, 2010-2014.

지난 10년간 치료감호소에 입소한 정신질환자의 수를 〈표 3-11〉에서 살펴보면, 2005년 542명에서 2014년 990명으로 꾸준히 증가하고 있으나 그 비율은 오히려 91.1%에서 86.2%로 감소하였다. 반면, 정신성적 장애자는 2009년 이래로 24명에서 2014년 92명으로 계속 증가하였고, 그 비율도 2.9%에서 8.0% 증가하였다. 약물중독자의 경우, 2005년 53명에서 2013년 106명까지 증가하였으나 2014년에는 67명으로 감소하였고, 그 비율은 다소 증감은 있지만 10% 이내로 나타났다.



[그림 3-6] 치료감호 대상자별 수용현황

치료감호소 대상자별 수용현황을 <그림 3-6>를 통해 살펴보더라도, 전체적으로 1호 처분에 해당하는 정신질환자의 수가 증가하고 있음을 확인할 수 있다. 약물중독자의 경우 지난 10년간 거의 그 수에 변화가 없으나 정신성적 장애자의 경우 2009년 계상 이래 꾸준히 그 수가 증가하고 있다.

(2) 치료감호자 병명별 수용현황

지난 10년간 치료감호자 병명별 수용현황을 <표 3-12>에서 살펴보면, 정신분열의 경우 2005년 335명에서 증감을 반복하여 2014년 509명으로 전체적으로 증가하고 있는 추세이다.

<표 3-12> 치료감호자 병명별 수용현황(2005-2014)

(단위: 명, %)

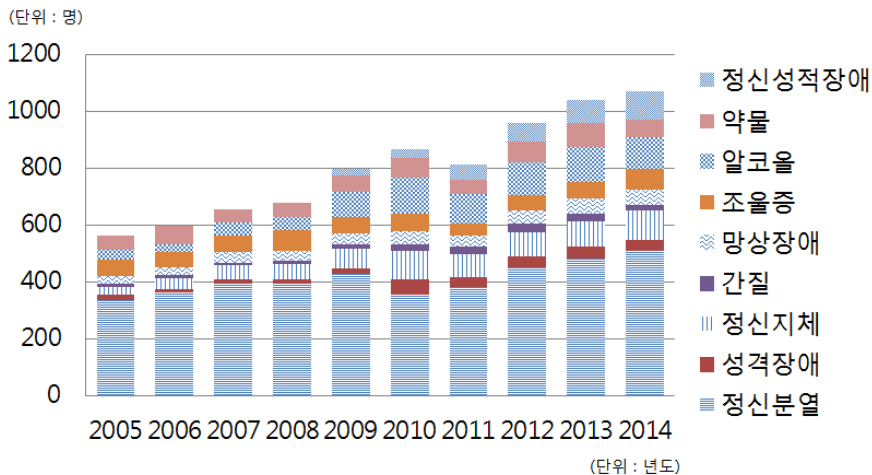
구 분	정신 분열	성격 장애	정신 지체	간질	망상 장애	조울 증	알콜	약 물		정신 성적 장애	기타	합계
								마약	유해 화학			
2005	335 (56.3)	17 (2.9)	30 (5.0)	11 (1.8)	25 (4.2)	60 (10.1)	32 (5.4)	14 (2.4)	39 (6.6)	-	32 (5.4)	595 (100)
2006	361 (57.4)	13 (2.1)	36 (5.7)	12 (1.9)	28 (4.5)	52 (8.3)	29 (4.6)	27 (4.3)	39 (6.2)	-	39 (5.1)	629 (100)
2007	394 (57.4)	13 (1.9)	51 (7.4)	8 (1.2)	37 (5.4)	60 (8.7)	43 (6.3)	20 (2.9)	27 (3.9)	-	33 (4.8)	686 (100)
2008	392 (54.2)	15 (2.1)	56 (7.7)	11 (1.5)	34 (4.7)	71 (9.8)	47 (6.5)	20 (2.8)	32 (4.4)	-	45 (6.2)	723 (100)
2009	428 (51.9)	17 (2.1)	72 (8.7)	12 (1.5)	40 (4.9)	58 (7.0)	89 (10.8)	16 (1.9)	40 (4.9)	24 (2.9)	52 (6.3)	824 (100)
2010	355 (40.0)	52 (5.9)	100 (11.3)	25 (2.8)	43 (4.8)	64 (7.2)	127 (14.3)	3 (0.3)	65 (7.3)	30 (3.4)	53 (6.0)	887 (100)
2011	382 (40.3)	33 (3.5)	82 (8.7)	25 (2.6)	41 (4.3)	42 (4.4)	102 (10.8)	5 (0.5)	47 (5.0)	51 (5.4)	138 (14.5)	948 (100)
2012	450 (44.1)	38 (3.7)	86 (8.4)	28 (2.7)	47 (4.7)	54 (5.2)	115 (11.3)	17 (1.7)	57 (5.6)	67 (6.6)	62 (6.0)	1,021 (100)
2013	480 (42.8)	44 (3.9)	89 (7.9)	26 (2.3)	52 (4.6)	57 (5.1)	124 (11.1)	29 (2.6)	56 (5.0)	80 (7.1)	85 (7.6)	1,122 (100)
2014	509 (44.3)	38 (3.3)	104 (9.1)	20 (1.7)	52 (4.5)	72 (6.3)	114 (9.9)	24 (2.1)	38 (3.3)	98 (8.5)	80 (7.0)	1,149 (100)

출처: 법무부 범죄예방정책국, 『범죄예방정책 통계연보』, 2010-2014.

그러나 그 비율은 2005년 56.3%에서 감소하다가 2010년 이후 증가하여 2014년 44.3%로 나타났다. 알코올의 경우, 2005년 32명에서 다소 증감을 반복하나 2014년

114명으로 증가하였고 그 비율도 2005년 5.4%에서 2014년 9.9%로 약 2배 이상 증가하였다. 정신성적장애의 경우 2009년 24명에서 2014년 98명으로 증가하였고 그 비율도 2.9%에서 8.5%로 꾸준히 증가하였음을 알 수 있다.

치료감호자 병명별 수용현황을 <그림 3-7>을 통해 살펴보더라도 정신분열의 비율이 가장 많은 것을 알 수 있다. 정신지체의 경우 2010년 이후로 그 비율이 증가한 것을 알 수 있고, 알코올과 정신성적장애도 2009년 이후 계속 증가하는 추세에 있다.



[그림 3-7] 치료감호자 병명별 수용현황

(3) 치료감호자 죄명별 수용현황

치료감호자의 죄명별 수용현황을 <표 3-13>에서 살펴보면, 지난 10년간 치료감호자 죄명에서 가장 큰 비율을 차지한 살인의 경우 2005년 229명에서 2014년 340명으로 꾸준히 증가하였으나 그 비율은 오히려 38.5%에서 29.6%로 계속 감소하였다. 반면, 성폭력의 경우 2005년 57명에서 계속 증가하여 2014년 263명으로 나타났고, 그 비율도 2005년 9.6%에서 2014년 22.9%로 약 2배 이상 증가하였다. 이 외에 폭력이나 치사, 절도, 방화, 강도의 경우 그 수는 증가하였으나 비율상으로는 큰 변동이 없었다.

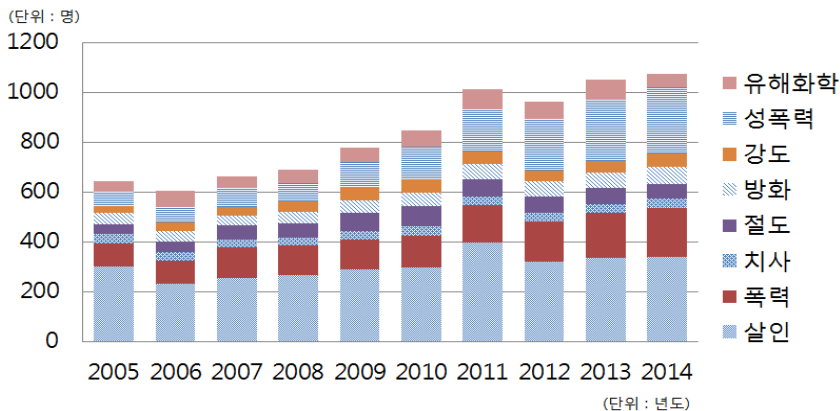
〈표 3-13〉 치료감호자 죄명별 수용현황(2005-2014)

(단위: 명, %)

구분	살인	폭력	치사	절도	방화	강도	성폭력	유해화학	기타	합계
2005	229 (38.5)	94 (15.8)	37 (6.2)	41 (6.9)	43 (7.2)	27 (4.5)	57 (9.6)	43 (7.2)	24 (4.0)	595 (100)
2006	229 (36.4)	95 (15.1)	34 (5.4)	43 (6.8)	43 (6.8)	32 (5.1)	64 (10.2)	64 (10.2)	25 (4.0)	629 (100)
2007	252 (36.7)	123 (17.9)	33 (4.8)	56 (8.2)	41 (6.0)	35 (5.1)	77 (11.2)	43 (6.3)	26 (3.8)	686 (100)
2008	266 (36.8)	117 (16.2)	31 (4.3)	58 (8.0)	49 (6.8)	39 (5.4)	76 (10.5)	51 (7.1)	36 (5.0)	723 (100)
2009	289 (35.1)	117 (14.2)	38 (4.6)	70 (8.5)	51 (6.2)	55 (6.7)	100 (12.1)	57 (6.9)	47 (5.7)	824 (100)
2010	297 (33.5)	127 (14.3)	37 (4.2)	80 (9.0)	54 (6.1)	53 (6.0)	131 (14.8)	69 (7.8)	39 (4.4)	887 (100)
2011	297 (31.3)	149 (15.7)	33 (3.5)	70 (7.4)	62 (6.5)	50 (5.3)	170 (18.0)	80 (8.4)	37 (3.9)	948 (100)
2012	318 (31.1)	163 (16.0)	35 (3.4)	66 (6.5)	62 (6.1)	40 (3.9)	209 (20.5)	70 (6.8)	58 (5.7)	1,021 (100)
2013	334 (29.8)	180 (16.0)	37 (3.3)	64 (5.7)	63 (5.6)	45 (4.0)	247 (22.0)	80 (7.2)	72 (6.4)	1,122 (100)
2014	340 (29.6)	195 (17.0)	37 (3.2)	58 (5.0)	71 (6.2)	54 (4.7)	263 (22.9)	56 (4.9)	75 (6.5)	1,149 (100)

출처: 법무부 범죄예방정책국, 『범죄예방정책 통계연보』, 2010-2014.

지난 10년간 죄명별 수용현황을 〈그림 3-8〉을 통해 살펴보더라도, 살인죄의 경우 다소의 증감이 있으나 가장 높은 비율을 차지하는 것을 알 수 있다. 정신장애에 범죄자의 폭력범죄 및 성폭력범죄가 꾸준히 증가하고 있고, 특히 2014년 성폭력 범죄는 살인죄 다음으로 가장 높은 비율을 차지하는 것으로 나타났다.



[그림 3-8] 치료감호자 죄명별 수용현황

(4) 치료감호자 범죄 횟수별 수용현황

지난 10년간 치료감호자 범죄 횟수별 수용현황을 <표 3-14>에서 살펴보면, 초범의 경우 2005년 385명에서 계속 증가하여 2014년 759명으로 나타났고, 그 비율은 전체의 66%로 소폭 증가하였다. 2범의 경우 2005년 87명에서 2014년 121명으로 증가하였으나 그 비율은 2005년 14.6%에서 2014년 10.5%로 오히려 감소하였다. 3범 및 4범의 경우 수의 증가와 더불어 비율이 소폭 증가하였으나, 5범 이상의 경우 2005년 83명에서 2014년 157명으로 그 수의 증가에도 불구하고 비율은 소폭 감소하였다.

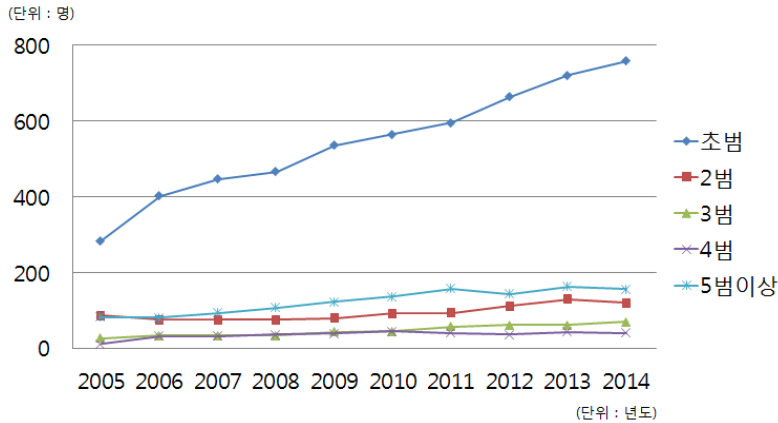
<표 3-14> 치료감호자 범죄 횟수별 수용현황(2005-2014)

(단위: 명, %)

구 분	초범	2범	3범	4범	5범 이상	합계
2005	385(64.7)	87(14.6)	27(4.5)	13(2.2)	83(13.9)	595(100)
2006	403(64.1)	77(12.2)	34(5.4)	33(5.2)	82(13.0)	629(100)
2007	448(65.3)	77(11.2)	34(5.0)	33(4.8)	94(13.7)	686(100)
2008	467(64.6)	76(10.5)	35(4.8)	37(5.1)	108(14.9)	723(100)
2009	537(65.2)	80(9.7)	44(5.3)	40(4.9)	123(14.9)	824(100)
2010	566(63.8)	93(10.5)	46(5.2)	45(5.1)	137(15.4)	887(100)
2011	596(62.9)	95(10.0)	58(6.1)	41(4.3)	158(16.7)	948(100)
2012	664(65.0)	112(11.0)	63(6.2)	38(3.7)	144(14.1)	1,021(100)
2013	721(64.3)	130(11.6)	63(5.6)	44(3.9)	164(14.6)	1,122(100)
2014	759(66.0)	121(10.5)	70(6.1)	42(3.7)	157(13.7)	1,149(100)

출처: 법무부 범죄예방정책국, 『범죄예방정책 통계연보』, 2010-2014.

치료감호자의 범죄 횟수를 <그림 3-9>에서 살펴보면, 초범의 경우 그 비율이 가장 많고 계속 증가하고 있으나 2범 이상의 경우 큰 변화폭 없이 일정한 비율을 나타내고 있음을 알 수 있다.



[그림 3-9] 치료감호자 범죄 횟수별 수용현황

(5) 치료감호자 연령별 수용현황

지난 10년간 치료감호자의 연령별 수용현황을 <표 3-15>를 통해 살펴보면, 30대의 경우 2005년 39.2%로 가장 큰 비율에서 전체적으로 감소하여 2013년 27.3%를 나타냈고, 40대의 경우 2005년 32.6%에서 증감을 반복하여 2014년에는 소폭 증가한 34.7%로 나타났다. 이 외 대부분의 연령의 비율이 큰 변동이 없는 가운데 50대의 경우 2005년 10.4%에서 2014년 19.8%로 약 2배 이상 증가하였다.

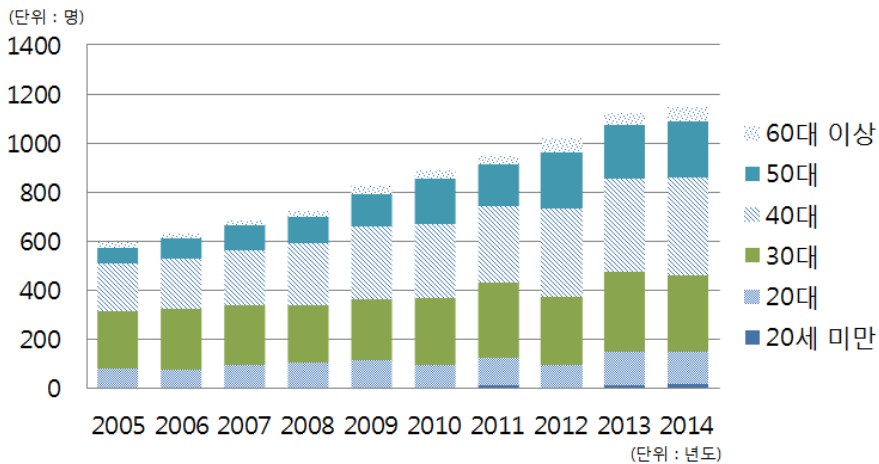
〈표 3-15〉 치료감호자 연령별 수용현황(2005-2014)

(단위: 명, %)

구 분	20세 미만	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60세 이상	합 계
2005	2(0.3)	81(13.6)	233(39.2)	194(32.6)	62(10.4)	23(3.9)	595(100)
2006	1(0.2)	76(12.1)	247(39.3)	205(32.6)	81(12.9)	19(3.0)	629(100)
2007	3(0.4)	93(13.6)	241(35.1)	226(32.9)	103(15.0)	20(2.9)	686(100)
2008	3(0.4)	102(14.1)	234(32.4)	253(35.0)	105(14.5)	26(3.6)	723(100)
2009	7(0.8)	107(13.0)	249(30.2)	298(36.2)	130(15.8)	33(4.0)	824(100)
2010	6(0.7)	92(10.4)	270(30.4)	302(34.0)	183(20.6)	34(3.8)	887(100)
2011	13(1.4)	113(12.0)	306(32.2)	311(32.8)	170(17.9)	35(3.7)	948(100)
2012	4(0.4)	91(8.9)	278(27.2)	360(35.3)	230(22.5)	58(5.7)	1,021(100)
2013	13(1.2)	135(12.0)	328(29.2)	377(33.6)	222(19.8)	47(4.2)	1,122(100)
2014	16(1.4)	133(11.6)	314(27.3)	399(34.7)	227(19.8)	60(5.2)	1,149(100)

출처: 법무부 범죄예방정책국, 『범죄예방정책 통계연보』, 2010-2014.

치료감호자 연령별 수용현황을 <그림 3-10>에서 살펴보더라도, 30대와 40대의 비율이 가장 많다. 그러나 2005년의 경우 둘 간의 비율차가 크지 않았으나 지난 10년간 상대적으로 30대의 비율이 증감을 반복하여 전체적으로 감소한 것에 비해 40대 비율은 소폭 증가한 것을 알 수 있다. 50대의 경우 과거에 비해 최근 들어 그 비율이 점차 증가하고 있는 추세이다.



[그림 3-10] 치료감호자 연령별 수용현황

(6) 치료감호자 학력별 수용현황

지난 10년간 치료감호자의 학력별 수용현황을 <표 3-16>에서 살펴보면, 전체적인 비율 구성은 고졸, 중졸, 대졸, 초졸, 무학 순으로 나타났다. 고졸의 경우 2005년 260명에서 2014년 505명으로 점차 증가하는 추세이나 그 비율은 2010년에서 2011년을 제외(약 35%)하고 약 45% 이내로 나타났다. 중졸의 경우 2005년 20.3%에서 다소 증감이 반복되나 2014년 19.9%로 큰 변동은 없었고, 대졸의 경우 2005년 15.1%에서 증감을 반복하나 전체적으로 증가하여 2014년 21.0%를 나타냈다.

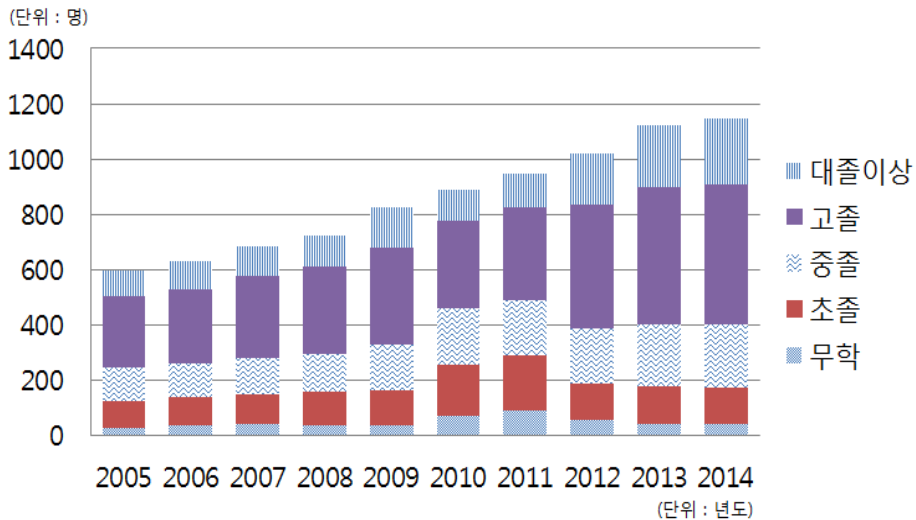
〈표 3-16〉 치료감호자 학력별 수용현황(2005-2014)

(단위: 명, %)

구분	무 학	초 졸	중 졸	고 졸	대졸이상	합 계
2005	30(5.0)	94(15.8)	121(20.3)	260(43.7)	90(15.1)	595(100)
2006	39(6.2)	101(16.1)	123(19.6)	267(42.4)	99(15.7)	629(100)
2007	41(6.0)	108(15.7)	133(19.4)	296(43.1)	108(15.7)	686(100)
2008	39(5.4)	118(16.3)	137(18.9)	316(43.7)	113(15.6)	723(100)
2009	38(4.6)	128(15.5)	165(20)	347(42.1)	146(17.7)	824(100)
2010	71(8.6)	187(21.2)	201(22.7)	317(35.7)	111(12.5)	887(100)
2011	93(9.8)	198(20.9)	198(20.9)	336(35.4)	123(13.0)	948(100)
2012	59(5.8)	129(12.6)	202(19.8)	444(43.5)	187(18.3)	1,021(100)
2013	42(3.7)	138(12.3)	222(19.8)	497(44.3)	223(19.9)	1,122(100)
2014	41(3.6)	133(11.6)	229(19.9)	505(43.9)	241(21.0)	1,149(100)

출처: 법무부 범죄예방정책국, 『범죄예방정책 통계연보』, 2010-2014.

치료감호자의 학력을 〈그림 3-11〉에서 살펴보면, 고졸의 비율이 가장 크고 점차 증가하며, 그 다음으로 대졸과 중졸이 비슷한 비율로 나타나는 것을 알 수 있다. 반면 무학과 초졸의 경우 점차 그 비율이 감소하는 것을 알 수 있다.



[그림 3-11] 치료감호자 학력별 수용현황

(7) 치료감호자 직업별 수용현황

지난 10년간 치료감호소의 직업별 수용현황을 <표 3-17>에서 살펴보면, 무직의 경우 2005년 405명에서 점차 증가하여 2014년 759명을 나타냈으나 그 비율은 2005년 68.1%에서 점차 감소하는 추세로 2014년 66.1%로 나타났다. 지난 10년간 치료감호 대상자의 수는 점차 증가하여 직업별 수용현황은 전체적으로 증가하였으나 노동직, 종업원, 회사원, 학생, 자유업을 제외한 농업, 상업, 자영업의 경우 오히려 그 비율이 소폭 줄어든 것을 알 수 있다.

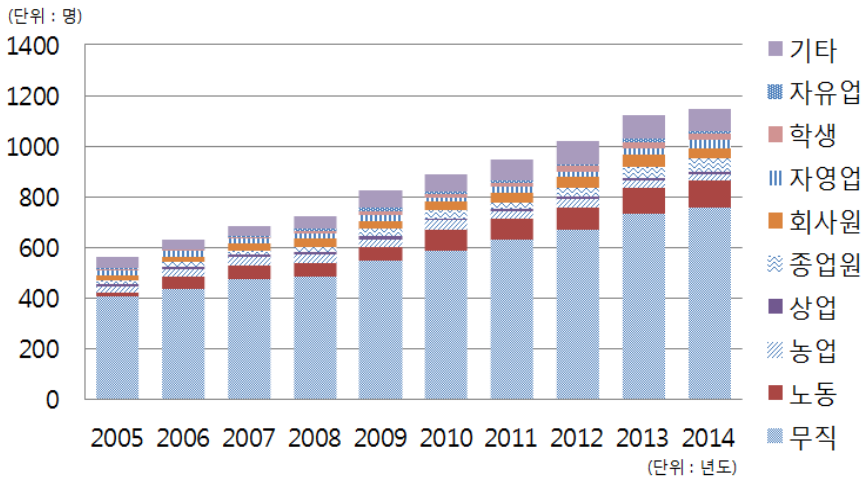
<표 3-17> 치료감호자 직업별 수용현황(2005-2014)

학생(단위: 명, %)

구 분	무직	노동	농업	상업	종업원	회사원	자영업	학생	자유업	기타	합계
2005	405 (68.1)	48 (8.1)	24 (4.0)	10 (1.7)	13 (2.2)	19 (3.2)	20 (3.4)	7 (1.2)	2 (0.3)	47 (7.9)	595 (100)
2006	436 (69.3)	48 (7.6)	29 (4.6)	12 (1.9)	17 (2.7)	23 (3.7)	20 (3.2)	6 (1.0)	1 (0.2)	37 (5.9)	629 (100)
2007	475 (69.2)	54 (7.9)	32 (4.7)	11 (1.6)	14 (2.0)	29 (4.2)	19 (2.8)	7 (1.0)	5 (0.7)	40 (5.8)	686 (100)
2008	485 (67.1)	52 (7.2)	35 (4.8)	10 (1.4)	22 (3.0)	31 (4.3)	19 (2.6)	10 (1.4)	11 (1.5)	48 (6.6)	723 (100)
2009	547 (66.4)	55 (6.7)	30 (3.6)	13 (1.6)	32 (3.9)	29 (3.5)	23 (2.8)	14 (1.7)	15 (1.8)	66 (8.0)	824 (100)
2010	589 (66.4)	81 (9.1)	37 (4.2)	9 (1.0)	33 (3.7)	31 (3.5)	16 (1.8)	14 (1.6)	12 (1.4)	65 (7.3)	887 (100)
2011	629 (66.4)	83 (8.8)	33 (3.5)	7 (0.7)	26 (2.7)	40 (4.2)	21 (2.2)	16 (1.7)	9 (1.0)	84 (8.8)	948 (100)
2012	669 (65.5)	89 (8.7)	32 (3.1)	11 (1.1)	35 (3.4)	41 (4.0)	24 (2.4)	20 (2.0)	9 (0.9)	91 (8.9)	1,021 (100)
2013	732 (65.2)	103 (9.2)	29 (2.6)	10 (0.9)	43 (3.8)	49 (4.4)	26 (2.3)	25 (2.2)	12 (1.1)	93 (8.3)	1,122 (100)
2014	759 (66.1)	104 (9.1)	28 (2.4)	8 (0.7)	55 (4.8)	39 (3.4)	33 (2.9)	25 (2.2)	7 (0.6)	91 (7.9)	1,149 (100)

출처: 법무부 범죄예방정책국, 『범죄예방정책 통계연보』, 2010-2014.

치료감호자 직업별 수용현황을 <그림 3-12>에서 살펴보다더라도, 전체의 절반 이상이 무직에 해당하고, 그 다음으로 노동직이거나 종업원 등 단순한 업무에 종사하는 비율이 높은 것을 알 수 있다.



[그림 3-12] 치료감호자 직업별 수용현황

(8) 치료감호소의 정신감정 유지현황

지난 10년간 치료감호소의 정신감정 유지현황을 <표 3-18>에서 살펴보면, 법원의 경우 2005년 286건에서 점차 증가하여 2013년 567건으로 약 2배 정도까지 증가하였으나 2014년 507건으로 소폭 감소하였다. 검찰의 경우도 2005년 45건을 시작으로 증감을 반복하여 2013년 137건으로 약 3배까지 증가하였으나 2014년 67건으로 절반 가까이 감소하였다. 반면, 경찰의 경우 2005년 28건에서 증감을 반복하여 2013년 16건까지 감소하였다가 2014년 25건으로 증가하였으나, 법원과 검찰에 비해 제일 적은 건수를 나타내었다.

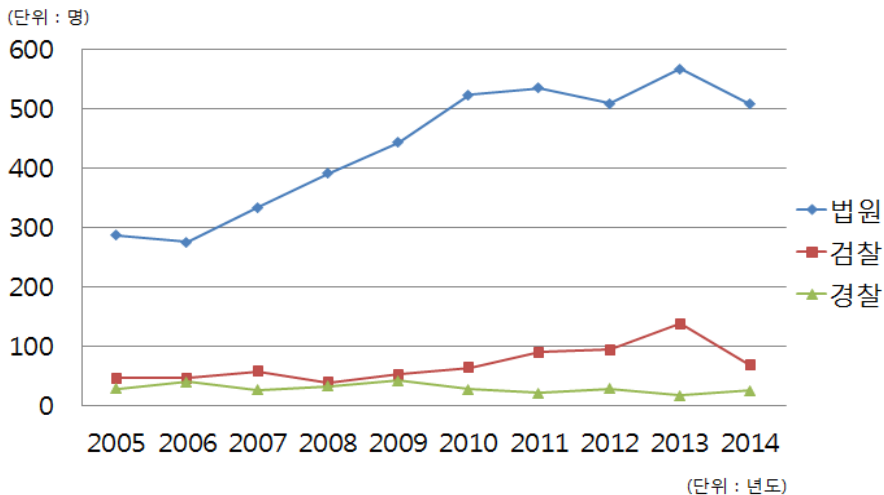
<표 3-18> 치료감호소의 정신감정 유지현황(2005-2014)

(단위: 명)

구 분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
법 원	286	275	333	391	443	523	535	509	567	507
검 찰	45	46	57	38	52	63	89	93	137	67
경 찰	28	39	26	32	41	27	21	28	16	25
기 타	1	0	0	0	0	0	0	1	2	5
합 계	360	360	416	461	537	613	645	631	722	604

출처: 법무부 범죄예방정책국, 『범죄예방정책 통계연보』, 2010-2014.

치료감호소의 정신감정 유치 현황을 <그림 3-13>에서 살펴보다라도, 법원의 정신감정 유치가 가장 많고 전체적으로 그 수치가 계속 증가하다가 2011년 이후 증감을 반복함을 알 수 있다. 검경 모두 법원에 비해 정신감정 유치 현황은 상당히 낮은 편인데, 상대적으로 검찰의 경우 지속적으로 증가하는 추세에 비해, 경찰은 전체적으로 큰 변동이 없는 것을 확인할 수 있다.



[그림 3-13] 치료감호소 정신감정 유치현황

3. 지정법무병원의 설치 및 운영

지금까지 우리나라에는 공주에 있는 국립법무병원인 치료감호소가 유일한 치료감호시설이었다. 그러다가 올해 2015년 8월 경남 창녕군 부곡면에 위치한 기존의 국립부곡병원에 한 개의 병동 한 개층을 리모델링하여 치료감호시설로 운영하기 시작하였다. 앞서 밝힌 바와 같이 국립부곡병원에 개소한 치료감호시설은 기존의 치료감호소가 아닌 일반 국립병원에 설치한 치료감호 병동으로서 이를 좁은 의미의 '사법병동'이라 칭하기도 한다. 그러나 '사법병동'의 개념을 넓은 의미로 이해하여, 위법행위를 한 정신장애인에 대한 치료감호를 위한 시설을 모두 '사법병동'이라고 본다면, 현재 우리나라 사법병동은 기존의 국립법무병원인 공주의 치료감호소와 더불어 새로 개소

한 부곡의 지정법무병원이 추가된 셈이다. 앞서 국립법무병원인 공주 치료감호소를 살펴본데 이어, 이하에서는 부곡의 지정법무병원에 대하여 살펴본다.

가. 지정법무병원의 설치

치료감호법 제16조의2에 의하면, 치료감호소 이외에 국가가 설립·운영하는 국립정신의료기관 중 법무부장관이 지정하는 기관(이하 “지정법무병원”이라 한다)을 치료감호시설로 하고 있다. 이에 근거하여 법무부는 전국 5개 국립정신병원⁵⁴⁾을 지정법무병원으로 지정하고, 처음으로 국립부곡병원에 “지정법무병원”을 개소하였다.

나. 지정법무병원의 운영 현황

(1) 시설 현황

지정법무병원의 경비와 관련하여서 국가는 예산의 범위에서 피치료감호자의 진료 등에 드는 경비, 피치료감호자의 수용 및 치료를 위한 병동의 설치·증축 및 리모델링에 필요한 경비를 보조하도록 되어 있다(치료감호법 시행령 제4조의5). 이에 지정법무병원은 기존의 국립부곡병원의 1개 병동의 한 층 10개의 병실을 치료감호시설로 리모델링하여 사용하고 있다. 각 병실에는 4-5명의 피치료감호자가 수용되어 있다. 외부에서 치료감호병동으로 들어가는 출입구의 보안은 철저한 반면, 병동 내 각 병실의 문은 개방되어 있어 피치료감호자들은 병실 내에서 자유롭게 이동할 수 있다. 또한 병동 내부에는 대형 TV 겸용 강의용 전자칠판과 책상, 운동시설 등이 잘 갖추어져 있다. 그러나, 국립부곡병원 내 1개 병동의 1개 층을 리모델링하여 운영하는 관계로 피치료감호자의 운동 및 교육 공간이 협소하여 문제점으로 지적된다.

(2) 조직 및 인력 현황

지정법무병원의 장은 국립부곡병원장이며, 피치료감호자 41명의 진료와 관련한 책임을 맡고 있다. 지정법무병원의 장은 피치료감호자가 입원하면 지정법무병원의 정신건강의학과 의사 중 피치료감호자의 치료를 담당할 의사를 지정하여야 한다(치료

54) 전국에는 서울, 춘천, 공주, 나주, 부곡 5곳에 국립정신병원이 있다.

감호법 시행령 제4조의4 제1항).

부곡의 지정법무병원에는 치료감호소와 같이 별도의 조직으로 구분되어 있지는 않으나, 현재 보호직 3명, 간호사 6명, 간호조무사 8명 총 17명의 치료감호소 직원이 파견되어 근무하고 있다. 이는 현재 부곡 지정병원 피치료감호자 41명의 수를 감안하면 크게 부족한 형편은 아니라고 할 수 있다.

〈표 3-19〉 지정법무병원 인력현황(2015.8)

(단위: 명)

구 분	보호직	간호사	간호조무사	합 계
인 원	3	6	8	17

출처: 법무부 보호법제과

(3) 수용자 현황

치료감호법 시행령 제4조의4에 의하면, 지정법무병원의 피치료감호자 수용정원은 50명 이내로 하고, 법무부장관은 치료감호시설 전체 수용인원 및 치료의 적절성을 고려하여 수용정원을 조정할 수 있도록 하고 있다(치료감호법 시행령 제4조의4). 현재 부곡 지정법무병원에는 41명이 국립법무병원에서 이송되어 수용되어 있는데, 수용대상자들은 영남지역을 연고지로 하는 남자 피치료감호자 중에서 치료효과가 양호해 잔여 치료기간이 많이 남지 않은 대상자를 위주로 법무부에서 선별하였다.

〈표 3-20〉 지정법무병원 치료감호 대상자별 수용현황(2015.8)

(단위: 명)

구 분	정신질환자	약물중독자	정신성적장애자	합 계
인 원	41	0	0	41

출처: 법무부 보호법제과

2015년 8월 현재 지정법무병원의 치료감호 대상자 총 41명은 모두 정신질환자(제1호 처분 대상자)이며, 약물중독자(제2호 처분 대상자)나 정신성적장애자(제3호 처분 대상자)는 수용되어 있지 않다.

〈표 3-21〉 지정법무병원 치료감호자 병명별 수용현황(2015.8)

(단위: 명)

구 분	정신 분열	성격 장애	정신 지체	간질	망상 장애	조울증	알콜	약 물		정신성 적장애	기타	합계
								마약	유해 화학			
인 원	24	0	3	1	3	4	1	0	0	0	5	41

출처: 법무부 보호법제과

2015년 8월 현재 지정법무병원에 수용된 41명의 정신질환자(제1호 처분 대상자)를 병명별로 분류해 보면, 정신분열 환자가 24명으로 가장 많고, 조울증, 정신지체, 망상 장애, 간질 등의 환자가 약간 명씩 수용되어 있다.

〈표 3-22〉 지정법무병원 치료감호자 죄명별 수용현황(2015.8)

(단위: 명)

구 분	살 인	폭 력	치 사	절 도	방 화	강 도	성폭력	유해화학	기 타	합 계
인 원	13	11	1	3	4	5	2	0	2	41

출처: 법무부 보호법제과

지정법무병원 피치료감호자의 죄명별 수용현황을 살펴보면, 살인이 13명으로 가장 많았고, 이어서 폭력이 11명으로 나타났다. 재산범죄에 비해 대인범죄의 비율이 높은 것으로 볼 수 있다.

〈표 3-23〉 지정법무병원 치료감호자 연령별 수용현황(2015.8)

(단위: 명)

구 분	20세 미만	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60세 이상	합 계
인 원	0	6	11	14	8	2	41

출처: 법무부 보호법제과

피치료감호자의 연령별 수용현황을 살펴보면, 40대가 14명으로 가장 많았고, 30대 11명, 50대 8명, 20대 6명 순으로 나타났다.

〈표 3-24〉 지정법무병원 치료감호자 학력별 수용현황(2015.8)

(단위: 명)

구 분	무 학	초 졸	중 졸	고 졸	대졸이상	합 계
인 원	3	6	8	15	9	41

출처: 법무부 보호법제과

피치료감호자의 학력별 수용현황을 살펴보면, 대졸이상의 학력을 제외하고 무학에서 고졸까지 학력이 높을수록 해당하는 피치료감호자의 수가 많은 것으로 나타났다. 고졸이 15명으로 가장 많았고, 대졸이상과 중졸이 각각 9명과 8명으로 비슷하게 나타났다.

〈표 3-25〉 지정법무병원 치료감호자 직업별 수용현황(2015.8)

학생(단위: 명)

구 분	무직	노동	농업	상업	종업원	회사원	자영업	학생	자유업	기타	합계
인 원	28	3	0	0	3	1	4	0	0	2	41

출처: 법무부 보호법제과

피치료감호자의 직업별 수용현황을 살펴보면, 무직이 28명으로 가장 많았고, 그 외에 노동직, 종업원, 자영업에 종사했던 피치료감호자가 각각 5명 이내로 나타났다.

이와 같이 지정법무병원에 수용되어 있는 피치료감호는 모두 정신질환자(제1호 처분 대상자)뿐이며 대부분 영남지역을 연고지로 하는 남자 수용자라는 점을 제외하면, 연령·학력·직업 등에 있어서 공주의 치료감호소에 수용되어 있는 피치료감호자와 크게 다르지는 않다.

제3절 치료감호 시설내 치료처우

1. 시설 내 치료처우 개관

치료감호시설인 국립법무병원과 지정법무병원 내에서의 치료처우로는 피치료감호자의 증상에 따라 정신치료, 약물치료, 환경치료 등이 시행되는 정신과적 치료활동이 있다.

정신치료는 생물학적인 약물치료와 달리 의사·환자의 관계를 통해 환자의 정신적 문제에 대하여 환자가 자각하고 의식할 수 있도록 도와주는 기법으로 정신분석적 정신치료, 지지적 정신치료, 인지행동치료, 집단정신치료, 가족정신치료 등으로 구성된다. 약물치료는 정신증 환자를 대상으로 항정신병 약물을 투여하는 것으로 전형적 항정신병 약물과 비전형적 항정신병 약물로 구분된다. 환경치료는 환자의 고통이나 증상이 과거 또는 현재의 병적인 인간관계로 인한 갈등, 환경에 대한 부적절한 적응에 기인한 경우, 환자를 격리하여 환경을 재구성하여 사회에 적응할 수 있도록 하는 치료요법이다.

그리고 약물치료를 제외한 비약물 치료활동으로 정신재활치료 및 임상예술치료로 불리는, 특수치료 활동이 있다. 특수치료는 소집단치료와 대집단치료로 구분하여 진행된다. 소집단치료는 15명 이내로 심리극, 음악치료(기타보컬, 합창), 미술치료, 실내체육, 작업치료 과정 등 11개 과정으로 진행되고, 대집단치료는 50명 이상 병동단위로 영화상영, 음악제(합창제 참여), 미술대회, 체육대회, 공연 등 10개 과정으로 진행된다.

이 외에도 피치료감호자의 출소 후 가정과 지역사회에 적응력을 높여 재발 및 재범을 방지하기 위하여 의료재활치료나 직업훈련 재활치료교육 등이 포함된 일종의 정신사회재활치료 활동 등이 있다.

치료감호법 제2조 제1항의 분류에 의한 처분별 치료를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

2. 처분별 치료

가. 제1호 처분

제1호 처분 대상자인 심신장애자의 경우 주로 정신과적 치료활동이 이루어진다. 망상 등의 증상완화를 위한 약물치료, 환자 자신의 정신적 문제 자각을 위한 정신치료, 고통이나 증상을 유발하는 병적 인간관계의 갈등 해결을 위한 환경치료가 이에 해당하고 이외에 출소 후 생활을 돕기 위한 심리극, 음악치료 등의 특수치료가 이뤄지고 있다.

나. 제2호 처분

제2호 처분 대상자인 약물 및 알코올 중독자의 경우 정신과적 치료, 특수치료와 더불어 재활치료 프로그램이 운영되고 있다. 치료 프로그램은 약물중독재활센터에서 운영하고 구체적으로 단약·단주 교육, 인성교육, 직업재활 교육으로 구성돼 있다.⁵⁵⁾

단약·단주 교육의 경우 약물중독재활센터 입소 후 반드시 이수해야만 하는 24주(6개월)프로그램으로써, 피치료감호자의 입소 시기와 관계없이 입소와 동시에 반에 배치되어 즉시 교육에 참여할 수 있는 개방형 프로그램이다. 단약·단주 교육은 매트릭스-K, 행복 48단계, 분노관리, 재발예방, NA 12단계 프로그램으로 구성돼 있다. 매트릭스-K를 통하여 대상자가 약물·알코올 사용으로 인한 자아의 반사회적 행동패턴을 인지하여 친사회적 공동체 생활을 할 수 있도록 돕고, 행복 48단계의 경우 약물·알코올 사용으로 인한 대상자의 비합리적이고 왜곡된 삶의 태도를 변화시키고, NA 12단계의 경우 약물·알코올 사용으로부터 회복되기 위한 경험적 실천 지침을 제시하고 있다.

인성교육의 경우, 인간으로서 기본적으로 갖추어야 할 자질과 태도 및 풍성을 배양시키기 위하여 서예, 단학, 음악치료, 미술치료 등으로 구성되었다. 직업재활 교육의 경우, 출소 이후 활용 가능한 직업 능력을 배양하기 위해 컴퓨터 정보화 교육, 제과제빵 교육, 검정고시 준비반, 한자능력검정 준비반 등이 운영되고 있다.

또한 이러한 교육 프로그램의 효과성을 평가하기 위해 사전·사후로 단약자기효능 척도(Drug Abstinence Self-efficacy Scale), 변화준비도 척도(University of Rhode Island Change Assessment), 자아존중감 척도(Self-Esteem Scale), 대인관계 변화 척도(Relationship Change Scale)를 활용하여 피치료감호자의 변화 정도를 측정하고 있다.⁵⁶⁾

다. 제3호 처분

제3호 처분 대상자인 정신성적 장애자의 경우, 성도착증 환자에 대한 성충동억제약 물치료나 공존질환 환자에 대한 약물치료 등의 정신과적 치료 및 특수치료와 더불어 성범죄자의 왜곡된 성인식을 근본적으로 개선하기 위한 인지행동치료 프로그램이

55) 국가인권위원회 침해조사와, 치료감호소 방문조사 참고자료, 2015, 45-54면.

56) 국가인권위원회 침해조사와, 치료감호소 방문조사 참고자료, 2015, 54면.

운영되고 있다. 여기에는 심신장애 범법자(제1호 처분자) 중 성범죄자도 프로그램의 대상자에 속한다. 프로그램은 연 2회에 걸쳐 12주 이내의 기간으로 운영되고, 주로 재활치료와 특수치료가 여기에 해당한다.

구체적인 프로그램으로는 단주교육 A·B, 정신건강교육, 정신보건교육, 일상생활훈련, 일상생활요법, MR교육(한글교육), 검정고시대비반, 손글씨(POP)강좌, 음악치료, 미술치료, 문화예술치료, 통합재활프로그램, 심성요법 등이 있다.⁵⁷⁾

단주교육 A는 자아존중 프로그램으로서, 자신을 스스로 높이고 긍지를 가지며 자신감을 갖는 효과를 통하여 단주에 대한 의지를 향상시키도록 하고 있다. 단주교육 B의 경우 시청각 교육 프로그램으로서, 알코올로 인한 여러 문제들을 간접 경험하여 자신의 문제의 심각성을 깨닫고 통찰하는 기회를 제공한다.

정신건강교육은 자신의 병에 대해 이해하고 스스로 관리하는 법을 학습케 하기 위한 것이고, 정신보건교육의 경우 건강관리, 환경관리, 사물관리, 개인위생관리 등에 대한 방법을 습득케 하여 청결하고 쾌적한 병동분위기 유지와 더불어 더 나은 신체적, 정신적 건강을 유지하기 위한 것이다. 일상생활훈련이나 일상생활요법은 조기발병이나 장기간 병원생활로 인해 미흡하거나 위축된 일생생활을 재교육하는 것이다. MR교육, 검정고시 대비반 및 손글씨 강좌 역시 글자의 학습이나 학력의 증진을 도와 퇴원 이후 일상적인 사회생활이 향상될 수 있도록 하기 위한 것이다.

이 외에도 음악치료나 미술치료를 통해 자존감을 증진시키거나 환자 내부의 부정적인 에너지를 표출하여 심적인 갈등을 해소하고, 『법무부 협력 문화예술 교육 지원사업』의 일환으로 문화예술교육위원회가 운영하는 체험형 문화예술 프로그램도 참여자 개인의 행복감과 사회성 함양에 도움을 주고 있다. 마지막으로 통합재활프로그램은 내적문제와 갈등을 승화시키거나 표출하는 기회를 제공하고 타인과의 접촉을 증가시켜 대인관계 기술의 향상 및 협동심과 참여의식을 경험하게 하며, 심성요법 역시 자아발견, 타인이해, 관계개선, 행동변화를 통해 바람직한 사회인으로 성장하도록 돕고 있다.

피치료감호자의 왜곡된 성인식과 인지체계의 변화를 확인하기 위하여 사전·사후평가를 실시하고 이를 통해 치료의 효과성을 측정하고 있다.

57) 국가인권위원회 침해조사와, 치료감호소 방문조사 참고자료, 2015, 17-39면.

제4절 퇴원 후 관리

1. 보호관찰

피치료감호자에 대한 치료감호가 가종료되었거나 치료감호시설 외에서 치료받도록 법정대리인 등에게 위탁되었을 때에는 보호관찰이 시작되는데, 그 기간은 3년이다(치료감호법 제32조 제1항, 제2항).

보호관찰 대상자는 「보호관찰 등에 관한 법률」상의 몇 가지 준수사항을 성실히 이행하여야 하는데, 그 구체적인 내용으로는 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). 이 외에 치료나 그 밖에 특별히 지켜야 할 사항을 부과될 수 있다(치료감호법 제33조 제2항, 치료감호법 시행령 제9조 제1항). 다만, 보호관찰관이 피보호관찰자를 출석하게 하여 준수사항 또는 그 밖에 지도·감독상 필요한 사실을 확인하는 경우, 관계자의 협조를 요청하는 경우에는 치료감호대상자나 그 밖의 관계자의 생업에 지장을 초래하거나 명예를 훼손하지 아니하도록 주의하여야 한다(치료감호법 시행규칙 제26조).

치료감호법상의 보호관찰은 보호관찰기간이 종료되거나, 그 전이라도 치료감호심의위원회의 치료감호 종료결정 또는 피보호관찰자가 다시 치료감호 집행을 받게 되어 재수용 되거나 새로운 범죄로 금고 이상의 형의 집행을 받게 된 경우 중 어느 하나에 해당하게 되면 종료된다(치료감호법 제32조 제3항).

2. 출소 후 정신보건서비스

치료감호가 종료 또는 가종료되거나 「치료감호법」 제24조에 따라 집행 정지된 경우 피치료감호자는 출소 이후 정신보건센터에 등록하여 상담, 진료, 사회복귀훈련 등의 정신보건서비스를 받을 수 있다(치료감호법 제36조의2). 이때 보호관찰소의 장과 정

신보건센터의 장은 피보호관찰자의 치료 및 재범방지, 사회복귀를 위하여 상호 협조하여야 한다. 따라서 보호관찰소의 장은 피보호관찰자에 대한 정신보건 관련 정보를 정신보건센터의 장에게 요청할 수 있다(치료감호법 제36조의4 제2항). 요청 가능한 범위로는 정신보건센터 등록일·상담일·진료일 등 등록·상담 및 진료 관련 사항이나 구체적인 정신보건센터의 프로그램 등 사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 관련 사항 또는 피보호관찰자의 치료 정도 및 정신보건 상태 등이 해당된다(치료감호법 시행령 제13조의2 제1항). 정신보건센터의 장 역시 피보호관찰자의 치료 및 재범방지, 사회복귀를 위하여 필요한 경우 보호관찰소의 장에게 협조를 요청할 수 있다(치료감호법 제36조의4 제3항). 요청 가능한 내용으로는 피보호관찰자의 정신보건센터 방문·면담 시 보호관찰관의 동행·참여나 피보호관찰자의 생활상태 및 특이사항 등에 대한 정보의 제공 또는 피보호관찰자의 치료, 재범방지 및 사회복귀를 위한 계획 수립·집행 시 보호관찰관의 의견 제출 등이 해당된다(치료감호법 시행령 제13조의2 제2항).

3. 무상 외래진료 등

치료감호소는 출소자의 정신질환 재발 및 재범 방지를 위해 희망자를 대상으로 무상 외래진료를 실시하고 있다(치료감호법 제36조의3). 무상 외래진료 기간은 출소 후 10년이고, 이후 1차에 한해 10년 연장이 가능하다(치료감호법 시행령 제26조의2). 2014년의 경우 출소자 중에서 1,348명이 진료를 받았고, 비용으로 약 1억 600만원이 소요되었다.⁵⁸⁾

약물중독재활센터를 퇴소한 약물·알코올 중독자의 경우, 퇴소 후에도 지속적인 상담과 사례관리를 희망하는 퇴소자와 그 가족을 대상으로 매월 1회 이상 전화 상담을 실시하여 심리적으로 지지하고 사회적응에 필요한 정보를 수시로 제공하고 있다. 또한 피치료감호자가 퇴소 후에도 익명의 알코올중독자 모임인 AA(Alcoholics Anonymous)⁵⁹⁾와 NA(Narcotics Anonymous)⁶⁰⁾에 참여할 수 있도록 치료진들이 매

58) 국가인권위원회 침해조사과, 치료감호소 방문조사 참고자료, 2015, 7면.

59) Alcoholics Anonymous은 알코올중독(알코올의존)의 입원치료가 종료된 후 다른 정신과적 치료와 병행하여 12단계 영성프로그램을 기반으로 하는 익명의 알코올중독자들의 정기적 모임을 말한다.

60) Narcotics Anonymous은 Alcoholics Anonymous과 마찬가지로 마약중독의 입원치료가 종료된 후 익명의 알코올중독자들의 정기적 모임을 말한다.

월 1회 외부에서 행해지는 자조모임에 참석하여 퇴소자들과 지속적인 관계를 유지하며 사회복귀 후의 재발 및 재범 방지를 독려하고 있다.⁶¹⁾

이 외에도 치료감소호에서는 출소 이후 가정으로 복귀하기 어려운 피치료감호자를 대상으로 지역사회의 정신병원이나 사회복귀시설 등 적합한 시설로 위탁하거나 연계하고 향후 대상자를 방문하여 복약지도를 실시하기도 한다. 대표적으로 담안선교회, 금성의 집, 법무보호복지공단 전북지부 및 심미지부 등이 있다.

61) 국가인권위원회 침해조사과, 치료감호소 방문조사 참고자료, 2015, 49면.

제4장

KOREAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY

주요국의 정신보건법정 및 사법병동

신 권 철

제4장

주요국의 정신보건법정 및 사법병동

제1절 미국의 정신보건법정

1. 정신보건법정의 개관

미국은 1997년 플로리다 주 브로워드 카운티(Broward County)에 정신보건법정(mental health court)을 설립하였다. 그 이후 미연방 자금지원을 통하여 2012년 기준으로 43개 주에 250여 개의 정신보건법정을 운영하고 있다. 그리고, 미국 연방 정신보건법정 프로그램을 지원하고 관리하는 기관은 사법원조국(The Bureau of Justice Assistance, BJA)이다.

정신보건법정에서 주재하는 대상자들의 범죄 자체는 각 주마다 다르고, 정신질환의 종류도 중증 정신질환, 알코올중독, 발달장애 등 다양하며, 정신장애와 범죄 사이의 인과관계를 직접 요구하지 않는 경우도 많다. 또한, 정신보건법정의 재판과 치료 프로그램을 통하여 재범율이 감소하였는지에 대한 연구결과도 다양하여, 일치된 결과를 보여주지는 못하고 있다.

정신보건법정에 관하여 쟁점이 되는 부분은 자발적 선택에 의한 정신보건법정의 재판으로 전환(diversion), 선택을 철회할 권리의 보장, 변호사 선임 확보, 유죄 인정 여부, 훈련된 전문인력 확보, 사법적 감독의 기간 제한, 불이행에 대한 제재, 정신보건 서비스 제공자의 책임과 개인정보정보 보호 등이 있다. 그리고, 정신보건법정의 운영에 있어서는 판사의 역할이 중요한데, 판사는 절차와 결정에 있어 기본운영자의 역할을 한다. 이하에서는 보다 구체적으로 미국의 정신보건법정에 대해 살펴본다.

2. 정신보건법정의 이해

가. 정신보건법정의 정의

미국은 정신보건법정의 운영이 각 주마다 다양하기 때문에 일률적인 정의를 내리기에 어려움이 있다. 정신보건법정이 관할하는 대상범죄도 각 주마다 상이하고, 치료 프로그램을 완료했을 경우 행해지는 조치들도 서로 다르다. 미국 사법원조국은 이러한 점을 고려하여 정신보건법정이 가진 핵심적 특징을 기준으로 실용적 개념정의(working definition)를 사용하고 있다. 실용적 개념정의에 따르면, 정신보건법정의 정의는 다음과 같다.⁶²⁾

- 1) 정신보건법정은 정신질환을 가진 특정한 피고인에 대해 기존의 전통적 형사법정 절차를 대신하는 문제해결 모델방식을 채택하여 절차를 진행하는 특별법원(specialized court)이다.
- 2) 정신보건법정에서 참여대상자들은 정신보건 조사와 평가에 의해 정해지고, 이들은 법원 스태프와 정신보건전문가로 구성된 팀에 의해 마련된 사법적 감독하의 치료계획에 자발적으로 참여한다.
- 3) 정신보건법정에서는 법원의 조건이나 치료계획을 준수하는 것에 대해서는 인센티브가 주어지고, 그것을 준수하지 않는 것에 대해서는 제재가 가해질 수 있다. 그리고, 치료의 성공이나 프로그램의 완수는 사전에 결정된 평가기준에 따라 정해진다.

위 개념정의를 통해 미국의 정신보건법정은 3가지 개념요소를 가지고 있음을 알 수 있다.

- 1) 대상 : 위법행위를 한 정신장애인(정신질환이 있는 사람이 저지른 특정한 범죄를 전제로 함)
- 2) 절차 : 전통적 형사사법절차에서 이관되고, 형벌보다는 치료를 목적으로 함
- 3) 주체 : 운영주체는 법원(판사)이지만 정신보건전문가와 협조가 필요함

62) Bureau of Justice Assistance, "Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners", 2008, p. 4.

참고로 미국 일리노이 주 공법(public act) 중 정신보건법정 치료법(Mental Health Court Treatment Act, 730 ILCS 168)이 있는데, 정신보건법정 또는 정신보건법정 프로그램을 다음과 같이 정의하고 있다.

“정신보건법정 또는 정신보건법정 프로그램이란 정신보건전문가, 지역사회 프로그램 및 강화된 사법 모니터링을 받게 되는 기준을 충족하는 피고인의 정신건강치료를 위한 제도화된 사법적 관여절차를 말한다.”⁶³⁾

나. 정신보건법정의 설립배경

정신보건법정은 그 설립이유와 관련해 주로 위법행위를 한 정신장애인에 대한 형사사법적 대응방안(치료라기보다는 격리위주)의 한계 등이 논해져 왔는데, 미국에서도 성인교도소나 청소년교도소에 정신질환을 가진 수감자 비율이 상당히 높고,⁶⁴⁾ 정신질환을 가진 수감자들이 수감되기 전에도 전과가 있는 경우가 많으며, 정신질환자들이 일반 수감자보다 더 많이 구속되고, 더 장기간 수감되는 경향이 있다는 점을 지적한다.⁶⁵⁾

그리하여 수감된 기간에 충분한 치료를 받지 못하거나 석방 후 지역사회 내 서비스와 연계되지 않는 경우, 많은 정신질환자들이 반복적으로 형사사법시스템으로 유입되고 결국 형사사법시스템에 의한 반복적인 개입은 환자 개인이나 그 가족에게 도움이 되지 않을 뿐만 아니라 공공의 안전이나 정부지출에도 악영향을 미치게 된다고 인식하게 되었다.⁶⁶⁾ 이러한 위험과 문제에 대한 대응책의 하나로 정신보건법정이 마련되었다.

다. 정신보건법정의 목적

형사사법시스템에 유입되는 많은 정신질환자들에 대한 대처방안의 하나로서 정신

63) Mental Health Court Treatment Act(730 ILCS 168/10) <http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=2947&ChapterID=55> (2015. 9. 10. 최종방문).

64) 성인 수감자의 경우 7% 내지 16%로 일반 인구에 비해 높다.

65) Bureau of Justice Assistance, Ibid., p. 2.

66) Ibid., p. 2.

보건법정이 도입되었음은 주지의 사실이나 그 설립목적이 사회방위 차원에서의 격리 인지, 개인의 재범을 막기 위한 치료적 조치인지 등을 논하는 이유는 그 존재의 목적과 방향성을 결정하기 때문에 중요하다. 미국에서는 1997년 이후 10여 년간의 정신보건 법정 운영경험을 토대로 다음과 같이 그 목적을 정리하고 있다.⁶⁷⁾

1) 지역사회를 위한 공공안전(public safety)의 향상

- 형사사법시스템에 유입되는 정신질환자의 범죄행위를 감소시키고, 재범률을 낮춤으로서 지역사회의 안전에 이바지함

2) 참여자들에 대한 치료참여(treatment engagement)의 향상

- 사려 깊은 서비스와 지원, 치료 프로그램 수행에 대한 보상과 불이행에 대한 제재를 통하여 환자의 치료참여를 보장받음

3) 참여자들의 삶의 질(quality of life) 향상

- 프로그램 참여자에게 지역사회에 기반한 치료, 회복을 위한 서비스를 주거나 다른 서비스들을 연계시킴으로서 참여자의 삶을 질을 높임

4) 사법당국의 효율적 자원배분 향상

- 지역사회 내 치료를 적절하게 제공함으로써 정신질환자가 형사사법시스템에 반복적으로 유입되는 것을 막고, 그것을 통해 교정시설 내에서 수감되는 비용을 줄이고, 재범률을 감소시켜 사법기관의 자원을 효율적으로 배분함

위 목적을 다시 각 주체별로 구분해 보면 다음과 같다.

- 1) 위법행위를 한 정신장애인 : 치료참여 및 삶의 질 향상
- 2) 지역사회 : 공공안전의 확보
- 3) 형사사법기관 : 예산 및 인력의 효율적 활용

67) Ibid., p. 8.

라. 정신보건법정의 참여대상자

미국 각 주의 정신보건법정의 참여대상자는 정신질환의 질병명 또는 범죄의 유형(경범죄/중범죄 등)에 따라 달라질 수 있다. 또한 정신보건법정에서는 참여대상자의 동의나 유죄인정을 요구하는 경우도 있어 정신질환의 종류나 정도, 범죄의 경중, 절차에서의 동의나 유죄인정 여부에 따라 참여가 제한될 수도 있다.

대부분의 정신보건법정에서 정신질환의 질병명과 관련해서 보면 통상 심각한 정신질환(serious mental illness)을 가진 사람을 그 참여대상으로 하고 있고, 발달(지적)장애(developmental disabilities), 외상성 뇌손상(traumatic brain injuries), 치매(dementias) 등은 포함시키지 않고 있지만, 각 주의 정신보건법정이 얼마나 유동적으로 다양한 유형의 정신질환자들을 참여시킬지 여부는 탄력적으로 운영될 수 있다.⁶⁸⁾

특히 중독장애와 관련해서는 의학적 진단명상 정신질환의 범주에 당연히 포함되는 것이고, 알코올중독이나 약물중독의 경우 다른 정신질환도 함께 가지고 있는 경우(중복장애)가 많아 대다수의 정신보건법정은 이러한 정신질환자도 참여대상자로 삼고 있고, 극히 소수의 법정만 약물중독을 제외하고 있다.⁶⁹⁾

마. 약물법정과의 차이점

미국 내에서 정신보건법정과 약물법정(drug court)은 문제해결법원의 대표적인 예로 제시되고 있다. 약물법정과 기존의 형사법원의 차이점은 다음과 같은 것들이 제시된다.⁷⁰⁾

- 1) 자발적 참여
- 2) 문제해결에 초점을 맞추어 대립 당사자구조 배격
- 3) 외래 및 거주 치료 등의 치료서비스의 통합
- 4) 판사 및 사례관리자를 통한 치료절차의 집중감독

68) Ibid.

69) Ibid.

70) Shelli B. Rossman, Janeen Buck Willison, Kamala Mallik-Kane, KiDeuk Kim, Sara Debus, Sherrill, P. Mitchell Downey, "Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn", New York, 2012, p. 10.

- 5) 잦은 심문과정을 통한 피고인과 판사 사이의 직접적인 상호대화
- 6) 잦은 법정출석과 약물검사 등 치료 순응도를 모니터링하고 대응하는 등급화된 제재수단
- 7) 정기적인 약물검사
- 8) 의사결정에 대한 팀제적 접근
- 9) 의무를 받아들이고 이행하는 것에 대한 인센티브

약물법정과 유사하게 정신보건법정의 특성에 대해서도 다음과 같은 것이 제시되고 있다.⁷¹⁾

- 1) 위법행위를 한 정신장애인에 대한 서비스
- 2) 형사사법, 약물남용, 정신보건 등 다방면의 이해관계인의 관여
- 3) 자발적인 참여 및 설명이 고지된 참여
- 4) 지역사회에 기반하여 참여자를 연계
- 5) 치료 순응도의 모니터링
- 6) 제재와 인센티브의 활용
- 7) 치료사법(therapeutic jurisprudence)의 원리

한편, 정신보건법정과 약물법정이 모두 정신질환의 범주(중독장애, 정신장애)에 포함되는 위법행위를 한 정신장애인을 대상으로 한다는 점에서 공통점이 있지만, 약물, 특히 마약류 등은 그 흡입이나 소지 자체로 형사처벌의 대상이 된다는 점에서 정신보건법정에서 정신질환을 다루는 것과는 차이가 있다. 약물법정과 정신보건법정을 비교해 보면 정신보건법정이 가진 내용이 어떤 것인지 더 잘 확인할 수 있기 때문에 아래에서는 그 차이점을 미국 사법원조국이 제시한 표로써 살펴보기로 한다.

71) Almquist L. and E. Dogg., "Mental Health Courts: A Guide to Research-Informed Policy and Practice", New York: Council of State Governments Justice Center, 2009, pp. 7-19. ; Thompson M., F. Osher, and D. Tomasini-Joshi., "Improving Responses to People with Mental Illnesses: The Essential Elements of a Mental Health Court", New York: Council of State Governments Justice Center, 2008, pp. 1-11.

〈표 4-1〉 미국 약물법정과 정신보건법정의 주요 차이점

프로그램 구성요소	약물법정	정신보건법정
기소대상범죄	약물관련 범죄로 기소된 범죄자	다양한 형태의 범죄를 포함
모니터링	의무준수여부를 모니터링 하기 위한 소변검사나 약물검사	치료계획이 개별화되고 유동적이어서 의무불이행시 제재가 수반되고, 인센티브에 더 많이 치중하며, 수감시키는 것은 덜 활용됨
옹호자(advocates)의 역할	권리옹호 커뮤니티로부터 최소한의 관여만 하는 것이 특징임	특정 프로그램 운영에 관여하는 정신보건 옹호자들에 의해 중점적으로 관리되고, 그 외에 다른 정신보건 옹호자들도 일반적으로 또는 일정한 계획된 조건하에서 정신보건법정에 관여함
서비스전달체계	법정의 관할영역 하에서 참가대상자들을 위한 독립된 치료 프로그램이 만들어짐	일반적으로 지역사회 행정기관(community agencies)이 관여하여 참가대상자를 위한 서비스 코디네이팅을 위한 자원들이 요구됨
참가대상자들에 대한 요구	참가대상자들에게 금주(절주), 교육, 고용, 자급자족생활, 법원비용의 지불이 요구됨(일부는 참여비용이 부과됨)	회복되는 경우에도 참가대상자가 일을 하거나 수강을 하는 것이 불가능한 경우가 종종 있어 다면적인 지원과 사례관리가 요구됨(참여비용을 요구하는 것은 거의 없음)

출처 : Bureau of Justice Assistance, 「Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners」, 2008, p. 10 Table.

위 표를 보면, 약물법정이 가진 특성과 정신보건법정이 가진 특성이 다소 다르다는 점을 알 수 있다. 즉, 정신보건법정은 비용에 있어 대부분 무료이고, 지역사회 정신보건전문기관과 전문요원들을 다양하게 활용하며, 기소대상범죄(죄명)에 있어 일정한 범죄로 한정하지는 않고 있으며, 치료계획이 대부분 개별화되어 맞춤형으로 되어 있다는 점을 알 수 있다.

바. 정신보건법정의 효용성에 대한 연구결과

정신보건법정은 각 주별로 다양하게 운영되고 있어 총체적인 통계를 내기도 어렵고, 전체적인 결과(예컨대, 정신보건법정을 거쳐간 후 재범률의 변화)나 방향성을 제시하는 것도 어렵다. 다만, 소규모 연구이기는 하나 일부 주의 정신보건법정을 거친 피고인의 재범률의 변화 등은 재범률의 변화(감소)가 있음을 알려주는 연구가 있다. 그러나 이에 대한 비판적 연구도 함께 병존하고 있다.

미국 사법원조국에서 제시한 자료에 의하면 몇 개의 연구에서 절차적인 측면(재판 절차)과 효용적인 측면(재범률 등)에서 몇 가지 결과를 제시한 것이 있어 이를 간단히 살펴보고자 한다.

(1) 정신보건법정 운영의 측면

먼저 정신보건법정의 절차적인 측면의 평가에 대한 연구는 각 정신보건법정의 공통점과 차이점을 지적하고 있는데, 적은 숫자이기는 하지만 비교연구들 중 한 연구는 초기 정신보건법정과 나중에 생긴 정신보건법정 사이의 차이점을 발견하면서 이를 ‘2세대 법정(second-generation court)’이라 명칭을 붙이기도 한다.⁷²⁾ 위 연구에 따르면, 대부분의 정신보건법정이 각 법정별로 다양한 방식으로 절차를 운영하고 있는데, 새로운 2세대 법정들이 공유하는 요소는 다음과 같다.⁷³⁾

- ① 초기의 정신보건법정이 경범죄만을 대상으로 하였으나 2세대 법정은 중범죄로 기소된 피고인도 고려대상으로 삼음
- ② 2세대 법정은 유죄인정 후에야 프로그램 등록을 허용하는데, 이는 최초 교도소 입소시부터 프로그램 등록시의 시간이 더 길어지게 됨을 의미함
- ③ 참가대상자를 모니터하고 감독하는데 있어 지역사회의 치료제공자보다 형사사법기관의 직원들에게 훨씬 더 많이 의존하게 됨
- ④ 법원의 명령을 이행하지 않을 경우 통상적인 제재방법으로 교도소 수용을 많이 활용함

이러한 미국 정신보건법정의 10년 간의 변화는 몇 가지 분석이 필요한 의미를 가지고 있다. 이를 세 가지로 나누어 살펴본다.

① 대상범죄의 변화 :

미국 형사사법체계에서 정신질환으로 인해 중범죄를 저질렀을 경우 정신이상 항변(insanity defense)이 안 받아들여질 때는 징역형으로, 받아들여질 경우에는 정신이상으로 인한 무죄로 인해 정신병원 등에 강제입원되는 조치가 이루어져 사실상 모두 사회적 격리가 이루어졌다. 문제는 정신질환자가 경범죄를 저지른 경우 징역형이나 강제입원 모두 불가능한 경우가 대부분이어서 이에 대한 대응으로 정신보건법정을 만들었으나, 점차 쉽게 대응하기 어려운 중범죄자까지도 정신보건법정이 담당하게

72) A. Redlich, H. Steadman, J. Monahan, J. Petrila, and P. Griffin, “The Second Generation of Mental Health Courts,” *Psychology, Public Policy, and Law*, 2004, pp. 530-532.

73) Ibid.

되면서 자발적 동의에 따른 치료방식이 아닌 사회 내 강제적 치료방식이 점차 강화되고 있다.

② 치료방식의 변화 :

중범죄를 저지른 사람들이 정신보건법정의 프로그램 내에 들어오면서 공권력을 가지지 못한 지역사회 치료제공자들이 그 참여대상자들과 접촉하기 점점 어려워지고, 그에 따라 공권력을 가진 형사사법기관 내 보호관찰관 등이 강제적 방식의 명령을 강화하는 경향이 발생하게 됨을 포착할 수 있다. 이는 최초 정신보건법정이 참여대상자들의 자발적 동의에 의한 치료를 전제로 하였던 것에서 점차 강제성이 강화되고 있음을 보여준다.

③ 강제방식의 변화 :

정신보건법정이 최초 도입시에는 인센티브를 통해 환자의 치료를 유인하려 하였으나, 중범죄자가 정신보건법정에 유입되면서 점차 인센티브는 힘을 잃고, 다시 교도소로의 이송이라는 제재방식만이 치료를 강제할 수 있는 유일한 힘으로 모습을 드러나게 되었다는 점이다. 이는 전반적으로 정신보건법정이 초기에 환자 우호적인 치료시스템에서 변화하여 환자 강제적인 치료시스템으로 전환되고 있음을 보여주는 징표라 할 것이다.

(2) 정신보건법정 효용성의 측면

정신보건법정의 설립목적은 위법행위를 한 정신장애인의 치료를 통해 사회적으로는 재범률을 감소시키고, 개인적으로는 삶의 질을 높이는 것이었다. 삶의 질 향상은 측정가능한 수치로서 나오는 것이 아니지만, 재범률 등은 객관화된 수치를 통해 평가하는 방법이 있기는 하다. 그러나 중요한 것은 재범률의 감소가 정신보건법정의 재판과 치료절차를 거쳤기 때문에 감소한 것인지 여부이다. 즉, 인과관계가 있는 것인지의 문제가 있다.

일부 미국의 연구 통계에서는 재범률 감소효과가 있다는 보고가 있지만 이에 대한 비판으로는 실제 정신보건법정에 참여하는 정신장애인은 경미한 범죄를 저지르고, 치료에 자발적으로 동의했기 때문에 참여하지 않은 정신장애인에 비해 원래 재범률이 낮을 수 밖에 없는 사람들이었다는 점이 주로 지적된다. 즉, 정신보건법정의 운영과

재범률은 상호 관련이 없다는 것이다. 그러나 미국 사법원조국이 제시한 연구결과들을 간략히 보면 정신보건법정이 어느 정도 효과가 있다고 보고 있다. 그 내용을 간략히 정리하면 다음과 같다.⁷⁴⁾⁷⁵⁾

- ① 정신보건법정과 이전의 다른 프로그램을 비교해 볼 때, 정신보건법정 참가자들이 교도소에 가야 하는 새로운 형사입건사건이 상대적으로 줄었고, 치료적 조치들이 더 많이 활용되었다.⁷⁶⁾
- ② 참가자들은 정신보건법정 프로그램에 참여하지 않는 집단에 비해 새롭게 구속(체포)되거나 기소되는 경우가 상당히 줄어드는 경향이 있다.⁷⁷⁾
- ③ 참가자들은 전통적 형사법정절차를 진행했을 때와 비교하여 치료적 서비스에 대한 접근이 증가하였다.⁷⁸⁾
- ④ 참가자들은 전통적 법정절차를 통해 치료를 받는 개인들과 비교하여 볼 때 독립적 생활기능이 향상되고, 약물사용도 감소하였다.⁷⁹⁾

74) Bureau of Justice Assistance, "Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners", 2008, p. 14.

75) 정신보건법정의 효용성에 대한 보다 자세한 연구결과에 대해서는 Shelli B. Rossman, Janeen Buck Willison, Kamala Mallik-Kane, KiDeuk Kim, Sara Debus, Sherrill, P. Mitchell Downey, "Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn", New York, 2012, pp. 15-19.

76) E. Trupin, H. Richards, D. Werthheimer, and C. Bruschi, "Mental Health Court: Evaluation Report(Seattle Municipal Court)", Seattle, WA: City of Seattle, 2001.; M.J. Cosden, J. Ellens, J. Schnell, Y. Yamini-Diout, "Evaluation of the Santa Barbara County Mental Health Treatment Court with Intensive Case Management", Santa Barbara, CA: Gevirtz Graduate School of Education, 2004.; H.A. Herinckx, S.C. Swart, S.M. Ama, C.D. Dolezal, S. King, "Rearrest and Linkage to Mental Health Services among Clients of the Clark County Mental Health Court Program," Psychiatric Services, 56, 2005, pp. 853-857.

77) Dale E. McNiel, Renee L. Binder, "Effectiveness of a Mental Health Court in Reducing Criminal Recidivism and Violence," American Journal of Psychiatry, 164, 2007, pp. 1395-1403.; M.Moore, V. Aldige Hiday, "Mental Health Court Outcomes: A Comparison of Re-arrest and Re-arrest Severity between Mental Health Court and Traditional Court Participants," Law and Human Behavior, 164, 2006, pp. 1395-1403.

78) R. Boothroyd, N. Poythress, A. McGaha, J. Petrila, "The Broward Mental Health Court: Process, Outcomes, and Service Utilization," International Journal of Law and Psychiatry, 26, 2002, pp. 55-71.

79) M. Cosden, J. Ellens, J. Schnell, Y. Yasmeeen, and M. Wolfe, "Evaluation of a Mental Health Treatment Court with Assertive Community Treatment," Behavioral

- ⑤ 참가자들은 전통적 법정시스템에서 재판을 받는 사람들보다 감옥에서 보내는 기간이 줄었다.⁸⁰⁾
- ⑥ 참가자들은 전통적 법정에서보다 정신보건법정에서 더 공정하게 존중받는다고 인식하였고, 판사와도 더 우호적인 상호작용을 갖게 되었다.⁸¹⁾

위의 내용을 정리해 보면 정신보건법정의 효용에 대한 긍정적 연구결과들의 내용은 1) 재범 및 수감기간의 감소, 2) 치료적 조치의 증대, 3) 독립적 생활기능의 증대와 약물사용의 감소, 4) 국가로부터 인격적 존중과 공정성에 대한 신뢰 획득 등으로 요약할 수 있다. 또한, 위와 같은 재범의 감소와 수감기간의 감소는 교도소 수감자에 들어가는 국가예산비용의 절감을 가져올 수 있다고 보고 있다.⁸²⁾ 그러나 위와 같은 연구들에 대해서는 아래와 같은 비판적 시각도 있다.

- ① 먼저, 실증적 조사 가운데 미국 최초의 정신보건법정인 브로워드 카운티 정신보건법정(Broward County Mental Health Court)을 거친 후 8개월의 후속기간 동안 발생한 재체포율이나 폭력행위 발생 건수에 별다른 차이가 없음을 보여주는 연구가 있다.⁸³⁾
- ② 다음으로, 정신보건법정으로의 전환의뢰 후 전환(diversion)되기까지의 기간이 다른 다이버전 프로그램에 비해 너무 길다는 지적이 있다.⁸⁴⁾
- ③ 정신보건법정이 위법행위를 한 정신장애인의 자율성과 선택권을 보장함에 있어

Sciences and the Law, 21, 2003, pp. 415-427.

80) Boothroyd, Poythress, McGaha, Petrila, "The Broward Mental Health Court: process, outcomes, and service utilization", International Journal of Law and Psychiatry, 26, 2003, pp. 55-71.

81) Ibid.

82) M. Susan Ridgely, John Engberg, Michael D. Greenberg, Susan Turner, Christine DeMartini, Jacob W. Dembosky., "Justice, Treatment, and Cost: An Evaluation of the Fiscal Impact of Allegheny County Mental Health Court", RAND Infrastructure, Safety, and environment(ISE), 2007, p. 33.

83) Annette Christy, Norman G. Poythress, Roger A. Boothroyd, John Petrila, LL. M., Shabnam Mehra, "Evaluating the Efficiency and Community Safety Goals of the Broward County Mental Health Court", Behavioral Sciences and the Law, 23, 2005, p. 239.

84) Henry J. Steadman, Michelle Naples, "Assessing the Effectiveness of Jail Diversion Programs for Persons with Serious Mental Illness and Co-Occurring Substance Use Disorders", Behavioral Sciences and the Law, 23, 2005, pp.166-167.

서 형사사법절차에서 보장된 피고인의 권리보다도 낮은 수준으로 보장하고 있다.⁸⁵⁾

사. 정신보건법정의 필수요소

미국 사법원조국은 2007년 정신보건법정의 필수요소를 10가지로 제시하면서 그 내용을 다음과 같이 정리하고 있다.⁸⁶⁾

- 1) 기획과 운영(Planning and Administration) : 형사사법, 정신보건, 약물남용 치료 관련 시스템과 지역사회를 대표하는 이해관계인들의 광범위한 기반집단이 법정의 기획과 운영을 지도하여야 한다.
- 2) 대상집단(Target Population) : 위법행위를 한 정신장애인의 구속에 대한 대안적 조치의 활용 가능성에 더하여 대상자들의 자격기준은 공공의 안전과 지역사회의 치료적 수용능력을 고려하여야 한다.
- 3) 적시의 참가자 확정 및 서비스 연계(Timely Participation Identification and Linkage to Services) : 참가자들은 가능한 한 빨리 그 참가여부가 확정되어야 하고, 정신보건법정으로 이관되어 받아들여져야 한다. 그리고 지역사회에 기반한 서비스와 연계되어야 한다.
- 4) 참가조건(Terms of Participation) : 참가조건은 명확하고, 공공의 안전을 증진시키며, 치료에 있어 피고인의 참여가 용이해야 한다. 참가조건은 피고인이 지역사회에 주는 위협의 수준에 맞추어 개별화되어야 하고, 프로그램을 성공적으로 완수한 개인들에게는 적극적인 법적 성과물을 제공하여야 한다.
- 5) 설명이 고지된 선택(Informed Choice) : 피고인은 정신보건법정 참여에 동의하기 전에 프로그램의 요구사항을 완전히 이해해야 하고, 피고인에게는 이러한 결정 및 그에 이어지는 프로그램 관련 결정들에 관해 법적 카운셀링이 제공되어야 한다.

85) Tammy Seltzer, "Mental health courts: A misguided attempt to address the criminal justice system's unfair treatment of people with mental illnesses", *Psychology, Public Policy, and Law* 11(4), 2005, pp. 572-574.

86) Bureau of Justice Assistance, "The Essential Elements of a Mental Health Court", 2007, pp. 1-11.

- 6) 치료지원 및 서비스(Treatment Supports and Services) : 정신보건법정은 참가자를 사려 깊게 고려하여 개별화된 지역사회 치료지원 및 서비스를 연결시킨다. 정신보건법정은 증거에 기반한 치료서비스를 사용하고, 그 사용가능성을 증가시키기 위해 노력하여야 한다.
- 7) 비밀보장(Confidentiality) : 건강정보 및 법률정보는 잠재적 참가자의 비밀보장의 권리에 대해 정신보건의 소비자와 같은 수준으로 보장하면서 공유하여야 한다. 법원명령에 의해 참가자의 치료 프로그램이나 서비스 과정에서 수집된 정보는 참가자가 기존의 법정절차로 돌아가게 되는 경우에도 안전하게 보호되어야 한다.
- 8) 법정협력팀(Court Team) : 형사사법스텝, 정신보건스텝, 치료제공자들로 구성된 팀은 지속적인 특별 훈련을 받고, 규칙적인 심사와 법정절차의 개선을 통해 정신보건법정의 참가자들이 치료를 이행하여 형사사법의 목표를 달성하도록 도와야 한다.
- 9) 법정요구사항의 이행 모니터링(Monitoring Adherence to Court Requirements) : 형사사법 스텝과 정신보건 스텝은 협조하여 참가자들이 법정에서 정한 요구사항들을 준수하는지 모니터링하고, 개별화된 최종 인센티브와 제재수단을 제공하여야 하며, 공공안전의 증진과 참가자의 회복을 위해 치료를 조율하는 것이 필요하다.
- 10) 지속가능성(Sustainability) : 정보를 수집분석하여 정신보건법정의 영향을 확인해야 하고, 그 수행결과는 정기적으로 평가되고 그에 따라 절차가 조정되어야 한다. 그리고, 법정절차는 제도화되어야 하며, 지역사회 내에서 법정에 대한 지원이 활성화되고 확장되어야 한다.

위의 정신보건법정 운영의 10가지 핵심요소는 기본적으로 정신보건법정이 어떤 방식으로 운영되어야 하는지와 관련된 지침의 성격을 띠고 있다. 그 내용을 간략히 정리하면 다음과 같다.

- 1) 참가자들의 치료 및 권리보장 : 치료 및 서비스, 선택권 및 비밀보장
- 2) 제도운영의 주체 확립 : 법원, 관련 지역의 이해관계인, 스텝 등의 연계와 협력
- 3) 절차보장 : 제도화, 모니터링과 평가, 지역사회 치료서비스 연계

아. 정신보건법정 도입과 운영의 쟁점

정신보건법정이 미국 내에서도 현재까지 여전히 논쟁적 제도로 여겨지고 있고, 다른 서구 유럽의 형사재판시스템과도 차이가 있으며, 실용적 활용을 위해 도입되면서 구체적인 문제점들이 차후에 더 지적될 수 있다. 이하에서는 먼저 미국에서 정신보건법정을 도입하고 운영할 때 고려해야 할 사항들이 무엇인지 본다. 미국 사법원조국이 제시한 고려사항을 보면 아래와 같다.⁸⁷⁾

- 1) 지역적 맥락에서의 실용화 : 미국에서 정신보건법정은 주에 속한 카운티를 중심으로 운영된다. 따라서 카운티의 규모, 직원 충원 가능성, 예산 등에 따라 정신보건법정 운용이 실용적인 것이 아닐 수도 있고, 법원 기반의 다른 다이버전 프로그램들을 포함하여 함께 일련의 법정기반 전략을 지역차원을 넘어 고려해야 한다.
- 2) 제한된 정보의 인식 : 오직 소수의 제한된 연구만이 전통적 형사법정보다 정신보건법정에 대해 긍정적 효과가 있음을 제시하고 있기 때문에 정신보건법정에 대한 다양한 형태의 많은 평가와 연구들이 필요하고, 정신보건법정을 계획하는 주나 카운티는 프로그램 운영을 평가하고 자료를 수집할 수 있는 계획을 세워야 한다.
- 3) 전체 서비스 가용능력에 대한 영향 : 정신보건법정의 프로그램이 대체로 서비스 능력을 확대시키지는 못하고 있지만 현존하는 지역자원과 치료제공자들의 작업틀 내에서 법원 스태프가 일을 하고 있다. 그 결과 대상자들과 서비스가 연계되는 것이 활성화되면 형사사법시스템 외부에 있는 일반 정신질환자의 치료선택 가능성이 실제 감소할 수 있다. 이러한 문제점을 피하기 위해서는 법원관리자, 형사사법 전문가, 치료제공자들이 모든 정신질환자에게 서비스 접근성을 보장하고, 치료 시스템 내의 차이를 상호협력적으로 보완해 가도록 해야 한다.
- 4) 지속적 대응전략의 필요성 : 현존하는 다른 형사사법시스템의 전략들(법집행 기반 전환 프로그램, 약물법정, 재진입 프로그램, 기타 형사사법·정신보건·약물

87) Bureau of Justice Assistance, "Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners", 2008, pp.15-16.

납용 시스템의 상호교차점에서의 주도권 등)과 정신보건법정의 협력적 제휴전략이 필요하다. 다른 프로그램들과의 협력 없이 제한된 자원만 활용하는 것으로는 결국 실패에 빠질 수 밖에 없기 때문에 정책결정자와 실무가들은 대상자들의 대응에 협조해야 한다.

- 5) 전통적 사건절차와의 통합 : 정신보건법정이 모든 위법행위를 한 정신장애인 모두를 감당할 수 없다는 이유로 기존의 법원이 특별하게 지향된 프로그램에 진입할 수 있는 사람을 소수로 제한해서는 안 된다. 기존의 법원 판사와 관리자는 정신보건의슈에 활용가능한 인력을 훈련시키고, 정신보건정보를 재판 보고서에 통합시키고, 지역사회 감독조건 침해에 대해 대응하며, 형사사법기관과 정신보건시스템 및 약물납용치료시스템과 협조를 증진시켜야 한다.
- 6) 계획시 고려사항 : 정신보건법정의 전문가와 관리자들은 참가자들의 유형을 어떻게 구분할지, 법원이 제공해야 하는 유죄인부합의, 적절한 프로그램의 기간, 프로그램의 성공을 어떻게 측정하여 평가할지도 정해야 한다.

자. 최초의 정신보건법정의 운영

이하에서는 1997년 미국에서 최초로 세워진 정신보건법정인 브로워드(Broward) 카운티 정신보건법정의 운영을 검토하여 최초 정신보건법정이 어떤 방식으로 진행되었는지 간략히 살펴보고, 이후에 소개할 제2세대 정신보건법정인 2000년대 뉴욕 주 브롱스(Bronx) 구의 정신보건법정 운영방식과 비교해 보고자 한다. 브로워드 카운티 정신보건법정의 경우에는 Ginger Lerner-Wren 판사(여성임)가 정신보건 분야에 전문적 직업경험이 있어 특별히 정신보건법정의 재판을 맡기 위해 선출되었다. 브로워드(Broward) 카운티 정신보건법정은 다음과 같이 운영되었다.⁸⁸⁾

- 1) 목표 : 사회적 정의와 인권을 위해 정신질환이 있는 브로워드 시민의 범죄화(criminalization)에 대응하기 위한 전략
- 2) 성격 : 파트타임 법원(part time court)으로 일주일에 3회 개정
- 3) 임무 : 형사사법시스템 내에 있는 정신질환자의 특수한 수요에 중점을 둠

88) Ginger Lerner Wren, "Mental Health Courts: Serving Justice and Promoting Recovery", *Annals of Health Law* Spring 577, 2010, pp.589-591.

- 4) 전환방식 : 정신질환이 있는 경죄 피고인들 중 비폭력 범죄로 체포된 사람을 교도소에서 적절한 치료시설로 옮기어 형사사법시스템에서 완전히 벗어난 전환을 이룸
- 5) 사전조사 : 가족, 변호사, 교도소 직원, 카운티 형사판사가 피고인 체포 후 24시간 이내에 잠재적 대상자(client, 피고인)를 의뢰하면, 피고인은 정신보건법정의 정신보건법정 임상의 자격이 있는 사회사업가에 의해 법정에서 사전조사(screening)를 받아 법적 능력이 있는지, 정신보건법정에 참여할 기준을 충족하는지, 병원에 강제입원될 필요가 있는지 등을 확인 후 기준을 충족하면, 피고인·가족·법원·임상의(clinician)가 적절한 치료서비스를 결정함
- 6) 보고 등 : 치료제공자들은 법원 모니터링 요원에게 진행상황을 보고하고, 필요하다면 법원에 가서 치료계획을 조율함
- 7) 결정 : 전과 없는 경미범죄를 저지른 피고인의 경우 치료의무를 이행하면 검사의 동의 하에 공소가 기각(기소면제, charges dismissed)되나, 대부분의 경우에는 판결선고가 보류됨

Ginger Lerner-Wren 판사는 브로워드 정신보건법정이 가진 특성으로 참가자들이 법원의 명령에 의한 감독과 치료를 강제 받음에도 불구하고 법정 내에서 편안한 형식으로 그들에게 그들의 관점에서 목소리를 낼 수 있게 해 주기 때문에 덜 강제적으로 느끼게 된다고 한다. 특히 Ginger Lerner-Wren 판사는 정신보건법정에 참여하는 표준적 자격조건을 만들지 않아서 가능하다면 언제든지 자발적으로 형사사법시스템에서 빠져나와 정신보건법정에 참여할 수 있다는 점을 강조한다.⁸⁹⁾

3. 정신보건법정의 실제 운영

미국 법무부는 뉴욕주 브롱스(Bronx) 구와 브루클린(Brooklyn) 구의 정신보건법정을 평가하는 보고서를 일부 연구자들에게 맡겨 이들은 2012년 최종보고서를 제출하였다. 이하에서는 정신보건법정의 현황을 개관해 보고, 뉴욕주 브롱스(Bronx) 구의 정신보건법정 운영현황을 구체적으로 살펴본다.

89) Ibid, pp. 590-591.

가. 정신보건법정의 현황

뉴욕주 브롱스(Bronx) 구와 브루클린(Brooklyn) 구에서는 2011년 기준으로 약 240여 개의 정신보건법정이 운영되고 있는데, 그 운영방식은 다음과 같다.⁹⁰⁾

(1) 사건규모

정신보건법정의 사건부담의 규모는 다양한데, 예를 들면 90개 조사대상 정신보건법정 중 1년의 사건 수는 3건에서 852건까지이고, 중간값은 36건(진행 중인 참여자 수)이다.⁹¹⁾

(2) 진입(참가)시점

정신보건법정에 진입하는 지점은 일반적으로 기소 전 모델(pre-adjudication model) 과 기소 후 모델(post-adjudication model)로 구분된다. 기소 전 모델은 참가자가 프로그램을 완수할 때까지 기소가 연기되는 반면, 기소 후 모델은 유죄인정 답변을 조건으로 하여 피고인이 정신보건법정에 참여한다. 기소 후 모델이 보다 흔한데, 특히 중범죄자를 받아들이는 정신보건법정들이 기소 후 모델을 선호한다. 기소 전 모델은 참가자가 성공적으로 프로그램을 완수하지 못할 경우 향후의 재판에 증인들을 찾지 못하는 등의 유죄 인정이 어려워질 위험이 있고, 기소 후 모델(유죄인정 모델)은 참가자가 성공적으로 프로그램을 완수하지 못할 경우 형사사법절차로 돌려보내 사실상 바로 형을 선고할 수 있어 참가자를 보호하는 방안이 거의 없다.

(3) 참가자격 기준

정신보건법정들은 통상 두 가지 유형의 자격기준을 요구하는데, 그것은 임상적 기준(clinical eligibility)과 법적 기준(legal eligibility)이다. 임상적 기준과 관련해 일부 법정은 법적으로 정의된 심각하고, 지속적인 정신질환(serious/severe and

90) Shelli B. Rossman, Janeen Buck Willison, Kamala Mallik-Kane, KiDeuk Kim, Sara Debus, Sherrill, P. Mitchell Downey, "Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn", New York, 2012, pp. 13-14.

91) Redlich, Steadman, A. Redlich, H. Steadman, J. Monahan, J. Petrila, P. Griffin, Ibid., pp. 527-538.

persistent mental illness, SPMI) 또는 임상적으로 정의된 미국정신의학회(정신장애진단 및 통계 편람 제4판(DSM-IV) I 축의 장애를 사용한다. 인격장애·발달장애·외상성 뇌손상 등은 논란이 있는 상태이고, 일부 법정은 의식적으로 이러한 진단명은 배제하고 있는 반면, 일부는 사례에 따라 참가자격을 부여하고 있다. 다음으로, 법적 기준과 관련해서는 대부분의 법정들이 특정 유형의 범죄(예컨대, 방화나 강간)는 참가자격을 부여하지 않고 있다. 2005년 조사에 따르면, 조사한 정신보건법정의 2분의 1정도가 경범죄자와 중범죄자 모두를 받아들였고, 사법원조국의 지원을 받는 정신보건법정들의 3분의 2가 폭력범죄를 자동적으로 거절하고 있다. 그러나 정신보건법정의 초기시절에는 심각한 중범죄를 거부하였던 것에 비해 현재에는 더 많은 정신보건법정들이 중대 폭력범죄를 받아들이고 있다.

(4) 조사(screening)

정신보건법정에 참여를 원하는 대상자들에 대한 조사방식은 다양하다. 일부 주에서는 상대적으로 비공식적인 평가방식을 쓰는 반면, 일부 주에서는 의료기록, 환자인터뷰 등의 외부적 자료와 정보를 수집하여 완전한 형태의 평가를 수행하기도 한다.

(5) 프로그램 스텝과 서비스

정신보건법정은 그 법정팀이 어떻게 구성되고(예컨대, 전담하는가? 순환(rotating)되는가?) 치료가 어떻게 이루어지며(내부적 치료인가? 외부적 치료인가?), 특별법원과 지역사회 자원에 얼마나 의존하는지에 따라 달라진다.

(6) 감독과 모니터링

지역사회 내 감독은 치료제공자, 보호관찰관, 정신보건법정 직원, 다른 형사사법기관의 책임이 될 수 있다.⁹²⁾ 사법적 청문(심문, judicial status hearing)은 주 또는 분기별로 수차례 약속을 정할 수 있는데, 약 91%의 법정들은 주단위 또는 월단위로 청문을 한다.⁹³⁾

92) Ibid.

93) Ibid.

(7) 제재조치(sactioning)

참가자들이 법정의 요구조건을 위반한 경우, 다양한 형태의 제재수단이 사용된다. 그 중에서 가장 중한 제재는 그들을 다시 교도소(jail)로 돌려보내는 것이다. 8%의 법정은 제재조치로서 교도소를 활용하지 않는다고 보고되어 있다. 39%의 법정은 사건의 5% 내지 20%에서 교도소로 보내는 제재조치를 활용한다.⁹⁴⁾ 중범죄를 받아들이는 정신보건법정은 보다 자주 청문을 하고, 보다 자주 교도소로 보내는 제재조치를 활용하는 경향이 있다.

(8) 프로그램 완수(program completion)

정신보건법정에 참여한 참가자들 400명에 대한 연구에서는 참가자 중 48%가 프로그램을 이수(graduate)하였고, 그 외 23%는 정신보건법정에 진입한 후 1년 동안 프로그램에 남았다.⁹⁵⁾

나. 브롱스(Bronx) 정신보건법정의 현황

브롱스 정신보건법정의 운영현황을 차례로 살펴보면 다음과 같다.

(1) 브롱스 정신보건법정의 기간과 대상자

① 참가(치료)기간

브롱스 정신보건법정에서 참가자들의 참가기간은 기소된 범죄나 정신질환의 유형에 따라 다양하다. 경죄(misdemeanor)는 최소 6개월, 중죄(felony)는 일반적으로 18개월에서 24개월간의 강제치료가 진행된다.⁹⁶⁾

② 대상자의 죄명과 약물사용

브롱스 정신보건법정에서는 심각한 정신질환이 있는 범죄자 중 경죄나 중죄를 대상으로 삼고 있으며, 비폭력범죄뿐만 아니라 폭력범죄도 포함하고 있다. 2002년부터 2006년까지 총 648명의 참가자가 정신보건법정에 의뢰되었다. 참가자들 중 가장 흔

94) Ibid.

95) Ibid.

96) Shelli B. Rossman, Janeen Buck Willison, Kamala Mallik-Kane, KiDeuk Kim, Sara Debus, Sherrill, P. Mitchell Downey, Ibid., p. 37.

하게 기소된 범죄는 약물판매이다. 약물소지, 폭행(assault), 절도(burglary), 강도(robbery), 무기소지(weapon) 등은 적은 편이다. 위 648명 중 중죄를 저지른 사람이 93%이고, 경죄를 저지른 사람은 7%이다. 그리고, 정신보건법정 의뢰를 위한 조사 시에 감금상태로 있는 비율은 58.8%이다. 정신보건법정에 의뢰된 사람들의 범죄경력 을 보면, 기존에 중죄를 저지른 사람이 40.3%, 기존에 체포된 적이 있는 사람이 85.7%,⁹⁷⁾ 기존에 형 선고의 판결을 받은 사람이 78.1%이다.⁹⁸⁾⁹⁹⁾

위 648명의 참가자 중 과거나 현재 약물을 사용한 사람의 비율은 98.8%로 거의 전부 약물 경험이 있는데, 최초 스크리닝을 할 때 통계를 보면 알코올 8.0%, 코카인 10.2%, 크랙(crack) 21.7%, 헤로인 41.2%, 마리화나 15.1%로 헤로인 사용자가 가장 많다.¹⁰⁰⁾

③ 정신보건법정으로의 이송기간

〈표 4-2〉 체포시부터 미국 브롱스 정신보건법정 참여시까지 걸리는 기간

(단위 : 일)

	모든 환자(N=648)		직접 이송(N=406)		약물법원 이송(N=242)	
	평균 (Mean)	중앙값 (Median)	평균 (Mean)	중앙값 (Median)	평균 (Mean)	중앙값 (Median)
체포시부터 최초 TASC(후술함) 스크리닝시까지	266.0	148.5	189.4	101.0	397.1	221.0
정신보건 스크리닝부터 정신보건법정 참여시까지	38.1	16.0	60.8	49.0	0.0	0.0
정신보건법정 이송 전의 약물법정기간	n/a	n/a	n/a	n/a	226.6	77.5
체포부터 정신보건법정 참여시까지	303.1	189.0	248.6	174.0	397.1	221.0

출처 : Shelli B. Rossman, Janeen Buck Willison, Kamala Mallik-Kane, KiDeuk Kim, Sara Debus, Sherrill, P. Mitchell Downey, 「Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York」, 2012, p. 44, Table 3.6.

범죄로 체포를 당한 후 정신보건법정 의뢰를 받아 정신보건법정에 참여하는 데까지 걸리는 기간은 상당하다. 형사절차에서 직접 정신보건법정에 의뢰되는 경우는 약물법

97) 체포력이 있는 사람의 평균 체포 횟수 9.3회

98) 형 선고의 판결을 받은 사람의 평균 선고 횟수 8.7회

99) Ibid., p. 38.

100) Ibid.

정(drug court)에서 이송되어 오는 경우 걸리는 기간보다는 짧다. 그 내용을 <표 4-2>로 보면, 대략적으로 정신보건법정 참가자들 10명 중 6명은 정신보건법정에 의뢰될 때 구속되어 있고, 체포시부터 정신보건법정에 이송될 때까지 기간이 약 5개월(중앙값) 정도이고, 약물법원으로부터 이송되는 것이 아니라 기존 형사절차에서 직접 이송되는 경우에는 약 100일(중앙값) 정도 걸린다.¹⁰¹⁾

④ 참여비율과 치료 프로그램

정신보건법정으로 의뢰된 사람 중 실제 치료 프로그램에 참여한 사람은 80.7%(523명/648명) 정도이고, 치료 프로그램 중 주로 활용되는 것은 외래환자 약물 또는 알코올 치료 프로그램(57.2%)과 치료 공동체/IP(inpatient) drug 프로그램(57.2% 두 개 이상 참여 가능)이다.¹⁰²⁾

⑤ 참여자의 성공과 실패 비율

최종적으로 치료명령을 성공적으로 수행하는 비율을 보면, 1) 참여자의 52%로 약 절반 정도가 성공하고, 2) 치료배치 전에 프로그램 실패가 5%, 3) 치료배치 후 프로그램 실패가 26%(참가자가 치료에서 이탈한 경우 18%, 참가자가 재체포되거나 영장이 발부되거나 조건을 위반한 경우 8%), 4) 참가자의 과실 없이 프로그램이 종료된 경우 17%(참가자의 치료 전후 수감 선고 4%, 참가자의 신청 철회 2%, 형사사법시스템의 검사나 판사의 반대 2%, 정신과적 이유에 근거한 환자의 부적격 1%, 사후적으로 정신질환이 없는 것이 확인되어 프로그램에서 이송된 경우 5%, 기타 2%)이다.¹⁰³⁾

⑥ 성공한 참가자들의 최종선고 결과

치료 프로그램을 성공적으로 이수한 참가자들(총 339명)에 대한 법원의 선고 형태는 1) 공소기각(4.72%), 2) 복역기간 만료(time already served)(5.01%), 3) 집행유예(보호관찰 probation) 또는 조건부 석방(79.06%), 4) 수감(1.18%), 5) 특정 안 됨(10.3%) 등으로 집행유예(보호관찰) 또는 조건부 석방의 결과가 대부분을 이루고 있다.¹⁰⁴⁾

101) Ibid., p. 44.

102) Ibid., p. 52.

103) Ibid., p. 54.

104) Ibid., p. 55.

(2) 정신보건법정의 운영과 이해관계인의 역할

정신보건법정의 운영과 관련하여 그 재판 주재자인 판사와 검사 등의 이해관계인의 역할에 대해서는 다음과 같다.¹⁰⁵⁾

① 판사

브롱스 정신보건법정은 배심원을 두지 않는다. 판사는 참여자의 상태를 확인하는 심문절차(status hearings)와 피고인에 대해 내리는 선고를 주재한다. 심문절차에서 판사는 최초 유죄인정 합의에서 정해진 치료명령의 준수 여부를 모니터링한다. 그러나, 정신보건법정 판사는 최초의 유죄인부협상에서 정신보건법정으로 넘어오는 과정에는 거의 관여하지 않는다. 최초의 유죄인정 합의는 대체로 원래의 형사사건을 담당하는 법정에서 그 법정을 주재하는 판사에 의해 다루어진다.

② 검사

브롱스 정신보건법정에 관여하는 모든 기소검사는 브롱스 지역검찰청 마약국(Narcotics Bureau)에 속해 있다. 대략 10여 명의 기소검사가 돌아가면서 모든 정신보건법정 사건을 다룬다. 마약국장은 모든 검사를 감독하고, 모든 최종적 기소와 프로그램을 결정한다. 대부분의 검사들은 정신보건법정 사건들에 약 15%의 시간을 할애한다. 지역검찰청의 다른 부서에서 정신보건법정으로 의뢰하는 사건의 경우 마약국에서 지정한 검사와 함께 기존의 검사에게 사건이 그대로 남겨질 수도 있다. 지역 검찰청은 약물남용과 정신보건 사건에 대한 기록을 관리하는 스텝을 지정한다. 마약국 사건의 피고인들은 7개 항목의 질문지를 사용해 스크리닝하여 잠재적으로 정신보건법정이나 수감 이외의 대안적 조치에 대한 잠재적 자격기준 여부를 심사한다. 검사는 졸업(프로그램 이수) 후 제공될 수 있는 최종적 선고, 불이행시에 주어질 수 있는 제재조치에 대해 재량적으로 결정하고, 기소가 향후 어떻게 될지(예컨대 공소기각(기소면제) 또는 감면)에 관해서도 정할 수 있다. 검사는 매주 TASC(Treatment Accountability for Safer Communities)와 의무이행과 관련된 피고인의 문제를 논의한다. 만약 특별한 이슈가 없다면, 피고인에 대한 법원 진행상황에 관한 보고는 TASC(Treatment Accountability for Safer Communities)를 통하여 알 수 있다.

105) Ibid., pp. 33-37.

③ 변호인

브롱스 정신보건법정의 참여자는 일반적으로 경제적으로 곤궁한 사람을 위한 국선 변호사무실(indigent defense firm)의 변호사가 대리하고, 가끔은 사선변호인이 선임되기도 한다. 변호인은 모니터링 기간 동안 의뢰인에게 정신보건법정 프로그램을 알리고, 정신보건법정의 정책과 대안적 조치를 설명한다. 변호인은 조사에 참여하지는 않지만 특정 사안에서 지역 검찰청과 자격기준을 협의할 수 있다. 변호인은 일상적인 의무준수 모니터링을 위한 법정기일에는 거의 참여하지 않는다. 그러나 유죄인정 협의, 의뢰인의 문제행동, 검사와의 협상, 졸업(프로그램 이수), 선고와 관련된 법정기일에는 참석한다. 정신보건법정에 관여하는 많은 변호사들은 정신보건이슈에 관한 월례회의 등을 통하여 특별한 트레이닝을 받는다.

④ 임상팀(Clinical team)

브롱스 TASC(Treatment Accountability for Safer Communities) 임상팀은 법원으로부터 중립적이며 분리된 기관으로서 정신보건법정 프로그램 관련하여 사례관리 서비스를 제공한다. 2009년에 정신보건법정 TASC팀은 한 명의 임상심리학자, 두 명의 파트 타임 정신과 자문의, 한 명의 사례관리감독자와 12명의 사례관리자로 구성되었는데, 사례관리자는 심리학, 사회복지학 등의 학사 또는 석사이다. 임상팀의 주요 목표는 고객의 증상에 대응해 고객을 치료로 끌어들이는 것이다. 임상심리학자인 TASC의 임상디렉터(Clinical Director)는 슈퍼바이저로서 정신과적 평가나 임상자격 기준의 최종적 결정을 한다. 임상디렉터와 정신과 자문의는 정신과 인터뷰, 정신상태 조사, 위험평가도구 활용, 교도소 의료기록 등 병행자료들의 검토 등을 통한 심도 깊은 평가를 한다. 평가는 대개 한 시간 동안 TASC 사무실이나 법정의 수용실(holding cell)에서 이루어진다. TASC는 법원과 평가보고서를 공유하기는 하지만 임상디렉터나 정신과 자문의는 법정에서 증언할 수는 없다.

사례관리자는 사전배치팀(pre-placement team)과 사후배치팀(post-placement team)으로 역할이 구분된다. 사전배치팀은 치료가 시작되기 전의 모든 브롱스 정신보건법정 참가자들의 사례관리자로서 활동한다. 이 역할의 주요한 임무는 잠재적 참가자에 대해 사회심리적 평가를 실시하고, 적정한 치료서비스를 참가자에게 연결하는 것이다. 사례관리자는 일반적으로 매일 2-3건의 평가 인터뷰를 수행하는데, 통상 사

무실이나 법정의 수용실에서 행한다. 참가대상자는 사례관리자에 의해 좀 더 심도깊은 정신의학적 평가를 의뢰받거나 정신보건법정 참여가 거부될 수도 있다. 사전배치팀 사례관리자는 구속이 안 된 참가대상자라면 일주일에 한 번 미팅을 하고, 구속된 참가대상자라면 법정기일에 미팅을 한다. 사전배치팀 사례관리자는 일반적으로 15명에서 25명의 의뢰인(피고인)을 관리한다. 사전배치팀 사례관리자 중 3명은 법정연락관으로의 역할도 한다. 법정연락관으로서의 사례관리자는 매주 참가자(피고인)들의 상황을 보고하기 위해 법정에 참석한다.

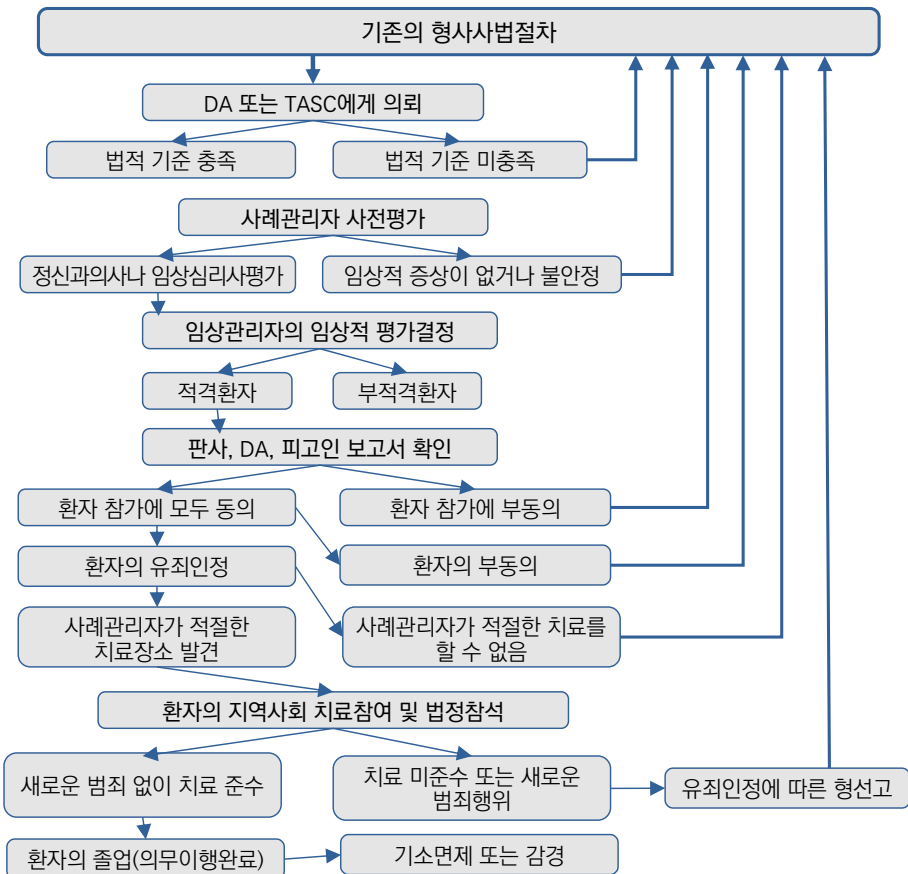
사후배치팀(post-placement team)은 치료제공자와 연결되어 있는 의뢰인(피고인)에게 사례관리서비스를 제공한다. 사전배치팀 사례관리자는 환자와 치료에 관한 정보를 요약한 신입메모를 통해 사후배치팀으로 넘어간 참가자(피고인)와 정보교환을 한다. 사후배치팀은 주 단위로 참가자(피고인)를 만나며, 참가자(피고인)는 정신보건법정 프로그램에서의 임상상태와 진행상황에 따라 사후배치팀과의 미팅이 요구될 수 있다. 참가자와의 미팅 시간은 일반적으로 약 15분인데, 만약 참가자의 상황이 긴급할 경우에는 40분까지도 가능하다.

⑤ 치료제공자(treatment provider)

강제치료는 지역사회에 기반한 치료기관을 통하여 참가자에게 제공된다. 이러한 치료기관은 직접적으로 환자에게 정신보건서비스를 제공하는 반면, TASC 사례관리스텝들은 일상적 접촉만을 한다. 브롱스 정신보건법정은 치료공동체, 외래환자 약물 치료 제공자, 입원환자 재활 프로그램, 해독 프로그램, 임시주거 등의 다양한 형태의 치료제공자를 활용한다. 브롱스 자치구(borough)에는 활용할 만한 서비스가 부족하기 때문에 뉴욕의 다른 지역의 치료제공자가 연결되기도 한다.

(3) 정신보건법정의 사건절차 흐름도

브롱스 정신보건법정의 사건절차 흐름도를 <그림 4-1>로 보면, 먼저 기존의 형사사법절차에서 지방검사(District Attorney, DA)나 TASC 등에 정신보건법정으로 이관여부를 의뢰하면, 법적 기준(죄명 등)을 충족하는지 검토하고, 이를 통과하면 사례관리자의 사전평가, 정신과 의사나 임상심리사의 평가, 임상관리자의 결정단계를 거쳐 임상적 평가와 결정이 마무리 된다.



* DA(District Attorney) : 지방검사

* TASC(Treatment Accountability for Safer Communities, 보다 안전한 지역사회를 위한 치료책임자)

출처 : Shelli B. Rossman, Janeen Buck Willison, Kamala Mallik-Kane, KiDeuk Kim, Sara Debus, Sherrill, P. Mitchell Downey, 「Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York」, 2012, p. 38 figure 3-1 참조.

[그림 4-1] 미국 브롱스 정신보건법정의 사건절차 흐름도

그 후에는 판사와 지방검사(DA), 변호사(defense)가 보고서를 확인하고, 이들이 모두 동의하면 다음의 절차가 진행되고, 동의하지 않으면 원래의 형사절차로 되돌아간다.

이후에 환자가 유죄인정 답변을 하지 않고 부동의하면 원래의 형사절차로 되돌아가고, 유죄인정 답변을 하면 사례관리자가 적절한 지역사회 기반의 치료를 준비하게 된다. 이후 환자가 지속적인 치료를 받으면서 법정기일에 참석하여 새로운 범죄 없이

치료과정의 의무를 준수하면 졸업과 함께 기소면제(공소기각) 또는 감경(charge dismissed or reduced)의 혜택을 얻게 된다. 그러나, 환자가 치료의무를 준수하지 않거나 새로운 범죄를 저질렀을 경우에는 기존의 유죄인정에 따른 형의 선고를 받게 된다.

4. 미국 내 정신보건법정의 문제점

1997년 이후 2000년대 초반 미국 내에서 정신보건법정이 점차 늘어나기 시작하면서 정신보건법정이 가진 문제점을 지적하는 연구들이 나오기 시작하였다. 한편에서는 정신장애인의 권리가 정신보건법정에서 잘 구현되지 않는다는 점을 지적하는 법적인 것이었고, 다른 한편에서는 정신보건법정이 이를 거쳐간 정신장애인의 재범률이나 교도소 입소기간에 크게 영향을 미치지 않는다는 실증적인 분석연구에 의한 것이었다. 이하에서는 정신보건법정이 가진 절차적 권리보장의 미비 등을 중심으로 보고자 한다.

미국 내 정신장애인 인권옹호단체이자 연구기관인 바젤론 센터(Judge David L. Bazelon Center for Mental Health Law)는 정신보건법정의 문제점을 지속적으로 지적하면서 특히 위법행위를 한 정신장애인의 절차적 권리와 관련하여 다음과 같은 문제점들을 지적하고 있다.¹⁰⁶⁾

1) 정신보건법정으로의 자발적 이송 : 정신보건법정으로의 전환(diversion)은 전적으로 피고인의 자발성에 근거해야 하는데, 그 이유는 수정헌법 14조가 모든 사람의 평등한 보호를, 16조가 배심재판을 받을 권리를, 미국장애인법(Americans with Disabilities Act, ADA)이 주 프로그램 내에서 차별금지를 규정하고 있기 때문이다. 피고인들은 체포 후 수감되어 정신적으로 어려운 상태이기 때문에 일반법정으로 가는 경우의 잠재적 결과와 정신보건법정으로 갈 때의 잠재적 결과들에 대한 변호인의 사려깊은 설명을 듣고서 자발적으로 선택하여야 한다.

106) Tammy Seltzer, "Mental health courts: A misguided attempt to address the criminal justice system's unfair treatment of people with mental illnesses", *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(4), 2005, pp. 574-580.

2) 철회권(Right to Withdraw) : 일부 정신보건법정은 참가자에게 참여결정을 번복하는 기회를 허용하지 않거나 아주 짧고 제한된 기간에만 철회를 허용하는데, 피고인에게 형사 배심재판을 받을 권리를 다시 회복할 수 있는 기회가 부여될 필요가 있다.

그 밖에 3) 정신보건법정의 절차에서 정신장애인을 잘 대변할 수 있는 훈련된 변호인의 임명(Appointment of Counsel), 4) 참여의 전제조건으로 유죄인정 답변을 요구(Plea Requirement)하면서 생기는 유죄 인정 기록의 문제, 5) 경범죄만을 다루려 하는 정신보건법정이 가진 한계(Types of Offenses Covered), 6) 치료과정에서 형사법원보다 장기화되는 사법적 감독의 범위와 기간의 문제(Scope and Length of Judicial Supervision), 7) 의무위반에 대한 제재수단으로 교도소 수감을 사용하는 문제(Sanctions for Noncompliance), 8) 치료과정에서 정신장애인에 대한 서비스를 잘 전달하지 못해 참여자가 실패하여 교도소로 가게 되는 경우 등의 정신보건 제공자의 책임(Accountability of Mental Health Providers) 문제, 9) 개인 의료정보 보호(Medical Privacy) 문제 등이 제기되고 있다.¹⁰⁷⁾

제2절 영미권계 국가의 정신보건법정 또는 연계프로그램

1. 개관

미국이 1997년 정신보건법정을 설립한 이래로 영국, 호주, 캐나다, 뉴질랜드¹⁰⁸⁾ 등 영미법계 국가들에서도 정신보건법정의 설립이 논의되기 시작한다. 영미권계 국가에서 위법행위를 한 정신장애인에 대한 처우의 방식은 통상 두 가지로 나뉘어 논의가 되는데, 하나는 영국과 같이 형사사법시스템에서 정신보건시스템으로 이전시키는 다

107) Robert Bernstein, Tammy Seltzer, "LOUISA VAN WEZEL SCHWARTZ SYMPOSIUM ON MENTAL HEALTH ISSUES IN CORRECTIONAL INSTITUTION: CRIMINALIZATION OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESSES: THE ROLE OF MENTAL HEALTH COURTS IN SYSTEM REFORM", University of the District of Columbia Law Review, 7(1), 2003, pp. 153-160.

108) 뉴질랜드의 경우 Maori 원주민을 위한 정신보건법정이 마련되어 있다. 보다 구체적인 내용은 Valmaine Toki, "Therapeutic jurisprudence and mental health courts for Maori", International Journal of Law and Psychiatry, 33, 2010, pp. 440-447.

이버전의 형태로 채우하는 방식이 있고, 다른 하나는 미국과 같이 형사사법시스템 내에 정신보건법정 등의 문제해결법원을 두어 판사의 주재 하에 지역사회 정신보건 인력을 활용하여 정신장애인의 치료 등을 관리, 감독하는 방식이다. 이와 같은 방식들은 위법행위를 한 정신장애인에 대해 독일, 일본, 우리나라와 같이 형사사법 재판절차를 통하여 최종적 판결의 형식으로 치료를 명하는 시스템과는 구분되는 것이다. 이하에서는 영국, 캐나다, 호주의 위법행위를 한 정신장애인에 대한 형사사법시스템과 정신보건시스템의 연계방식을 간단하게 고찰한다.

2. 영국(England and Wales)의 위법행위를 한 정신장애인 규율

가. 위법행위를 한 정신장애인에 대한 정신보건법 적용

영국의 북아일랜드와 스코틀랜드는 잉글랜드 및 웨일즈와는 별도의 법령을 제정하여 시행하고 있으므로, 여기서는 잉글랜드 및 웨일즈(전체 영국 인구의 대부분을 차지함)에서 적용되는 정신보건법에 의한 다이버전 시스템을 살펴본다.

영국은 공식적인 정신보건법정은 없으며, 위법행위를 한 정신장애인에 대해서는 정신보건법에 의해 형사사법시스템에서 정신보건시스템으로 이송된다. 영국(잉글랜드 및 웨일즈) 정신보건법은 1959년 제정된 이래로 1983년과 2007년에 주요한 개정 이 이루어져 위법행위를 한 정신장애인에 대한 치료 시스템을 규율하고 있다.

영국은 다른 서구 유럽국가들과 달리 성년의 범죄자가 정신이상으로 인한 무죄항변(책임능력)이 있는지 여부와 무관하게 정신보건법에 의한 치료기준을 충족한다면 법원이 국립보건서비스(National Health Service, NHS)에 의해 설립된 병원에 보낼 수 있다.¹⁰⁹⁾ 이러한 법원의 병원치료명령은 형사처벌의 하나로 이루어지는 것은 아니다.

영국에서 법원이 가장 흔하게 사용하는 정신의료적 처분은 정신보건법 제37조에 의한 치료를 위한 병원입원 명령(treatment order or hospital order, 이하 '치료명령'이라 한다)이다. 치료명령은 피고인이 유죄로 확인되어 수감될 만한 형을 선고받을

109) David V. James, "Diversion of mentally disordered people from the criminal justice system in England and Wales: An overview", *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(4), 2010, p. 242.

가능성이 있을 때 적용될 수 있다. 이러한 치료명령은 두 명의 의료전문가(그 중 하나는 적어도 정신과 의사여야 함)에 의해 피고인(16세 이상이어야 함)이 치료를 위해 입원이 필요한 종류의 정신질환을 가지고 있어야 하고, 치료명령이 범행의 성격, 피고인의 성행과 전력에 비추어 가장 적합한 처분으로 인정되어야 한다.¹¹⁰⁾

위법행위를 하여 치료명령을 받은 정신장애인에 대한 처우는 사실상 정신보건법에 의해 강제입원을 당한 환자의 지위와 거의 차이가 없는데, 이는 병원 입원 이후 위법행위를 한 정신장애인에 대해 법원이 거의 권한을 가지지 않기 때문이다.¹¹¹⁾ 이러한 치료명령을 받은 환자는 6개월 간 수용될 수 있으며, 담당 정신과 의사에 의해 그 기간은 갱신될 수 있다.

법원이 환자를 병원에 입원시키는 입원명령에 추가하여 제한명령(restriction order)을 부과하면 병원의 의료전문가가 퇴원조치 등에 있어 제한을 받게 된다. 법원의 제한명령은 공공의 심각한 위해로부터 보호를 하기 위한 목적으로 부과되는데, 이러한 명령은 범행의 성격, 피고인의 전력, 재범의 가능성 등을 고려하여 법원이 피고인의 퇴원 등에 대해 특별한 제한을 가하기 위해 내리는 것이다.¹¹²⁾ 이러한 제한은 정신과 의사가 법무부(the Ministry of Justice)의 승인 없이는 입원된 피고인을 지역사회로 내보내지 못하도록 하거나 환자가 법무부나 정신보건심판위원회(Mental Health Review Tribunal, MHRT)가 부과한 퇴원조건에 따르도록 하는 효과를 가진다.¹¹³⁾

영국 법원의 다이버전 제도를 보면 1989년부터 런던에서 시작되었는데, 이를 하급 심인 치안판사 법정(magistrates' lower courts)이 주로 담당하였고, 위법행위를 한 정신장애인의 입원치료 필요성의 증가에 따라 정신보건시스템으로의 연계제도(liaison schemes)가 발전하게 되었다.¹¹⁴⁾ 다이버전의 목적은 피고인에 대한 의학적 평가를 바탕으로, 치료가 필요한 피고인에 대하여 입원치료를 하는 것이었다. 경미한

110) Mental Health Act Section 37(Powers of courts to order hospital admission or guardianship)

111) David V. James, Ibid., p. 243.

112) Mental Health Act Section 37(Power of higher courts to restrict discharge from hospital)

113) David V. James, Ibid., p. 243.

114) David V. James, Ibid., p. 244

범죄를 저지른 범죄자의 경우에는 민간 병원이나 일반 정신과 병동에 입원될 수 있고, 중한 폭력범죄를 저지른 범죄자의 경우에는 사법정신의학 병동(forensic unit)으로 보내질 수 있다.¹¹⁵⁾

정신보건법에 의한 정신보건심판원(Mental Health Review Tribunal, MHRT)은 일반환자(civil patient)나 사법환자(forensic patient)의 비자의입원과 치료, 퇴원신청 등을 심사하는 독립된 준사법기관이다. 잉글랜드 및 웨일즈의 정신보건심판원은 의사, 법률가, 그 밖의 전문가 등으로 구성된다. 영국은 2008년 심판원(tribunal) 제도를 개혁하여 국가적 차원에서 일단계 심판원으로서 청문을 주재하는 새로운 보건복지 교육위원회(Health, Education and Social Care Chamber)를 만들었는데, 정신보건심판원은 그 중의 하나로 편입되었다.¹¹⁶⁾ 정신보건심판원은 위법행위를 한 정신장애인인 사법환자가 법원의 치료명령(병원입원명령), 제한명령을 받은 후 입원하는 기간 동안 그 환자나 친족의 신청을 받아 심사를 한 후에 일정한 기준이 충족되면 퇴원, 조건부 퇴원, 이송 허가 등의 결정권한을 가진다.¹¹⁷⁾

그 밖에 영국 정신보건법은 두 명의 의료전문가의 보고서에 따라 교도소에 수용 중인 환자가 정신질환이 있어 입원치료가 필요한 경우에 국무장관(Secretary of State)이 이들을 정신의료기관으로 이송지시를 할 수 있는 등¹¹⁸⁾의 규정을 두고 있다.

나. 정신보건법정 시범사업(Pilot Program)

(1) 시범사업(Pilot Program)의 제안

영국은, 미국이 1997년 브로워드 카운티 정신보건법정을 설립한 것을 계기로 미국의 정신보건법정을 소개하면서 영국의 위법행위를 한 정신장애인에 대한 치료절차의 개선점을 찾기 위해 노력하였다. 2001년 일부 학자들은 기존의 형사사법시스템 내에

115) David V. James, Ibid., p. 244.

116) 보다 자세한 내용은 <https://www.gov.uk/government/publications/health-education-and-social-care-chamber-tribunal-rules> 홈페이지를 참조할 것(2015. 9. 30. 최종방문).

117) Mental Health Act Section 69(Applications to tribunals concerning patients subject to hospital and guardianship orders), 70(Applications to tribunals concerning restricted patients), 71(References by Secretary of State concerning restricted patients).

118) Mental Health Act Section 47(Removal to hospital of persons serving sentences of imprisonment, etc).

서 위법행위를 한 정신장애인을 기소하는 것만이 능사는 아니며, 비폭력적인 경미범죄를 저지른 정신장애인에 대해 보다 인간적 접근 방식으로 정신보건법정을 제공하면 경제적으로도 정신보건서비스 비용과 형사사법시스템의 비용지출을 장기적으로 감소시킬 수 있다고 하며 정신보건법정의 도입을 적극 주장하면서, 주로 정기적인 사법심사의 제공, 위법행위를 한 정신장애인의 권리보장, 기존 형사절차와 정신보건법정 치료프로그램 중 피고인의 선택 등을 내용으로 하는 정신보건법정을 시범사업(Pilot Program)으로 시도해 볼 것을 제안하였다.¹¹⁹⁾

(2) 시범사업(Pilot Program)의 시행

영국 법무부(the Ministry of Justice)는 2009년 잉글랜드 East Sussex 주 Brighton과 East London의 Stratford 치안법원(Magistrates' Courts)에서 파일럿 프로그램을 시행하였다.¹²⁰⁾

통상 영국 형사사법법(Criminal Justice Act 2003)은 치안판사가 범죄자에게 지역사회명령(Community Order)을 선고할 수 있도록 규정하고 있는데, 지역사회명령은 범죄자에 대한 법원의 다양한 요구사항으로 구성되어 있고, 교도소가 아닌 지역사회 내에서 형의 선고를 수행하여야 하는데, 정신보건법정(MHC) 시범사업(Pilot Program)은 범죄자에게 이러한 지역사회 명령 내에 정신과적 치료를 요구한다.¹²¹⁾

(3) 영국 정신보건법정 시범사업(Pilot Program)의 핵심적 요구사항

영국 정신보건법정 시범사업(Pilot Program)에서 핵심적으로 요구되는 것들은 다음과 같다.¹²²⁾

- ① 정신보건법정에서 일상적으로 활용가능한 실무가(MHC practitioner)
- ② 협력기관의 우선순위업무를 확정하고 집행하며, 법원에 앞서 정보교환을 하기 위한 여러 기관 사이의 협약

119) Mikhail, Sherine, Akinkunmi, Akintunde, Poythress, Norman G., "Mental health courts: A workable proposition?", Mental Health Law & Policy Faculty Publications, 190, 2001, p.7.

120) Jane Winstone, Francis Pakes, Process evaluation of the Mental Health Court pilot, Ministry of Justice Research Series 18(10), 2010, p. iv.

121) Ibid.

122) Ibid.

- ③ 정신보건법정 실무가와 정보공유 프로토콜을 통한 피고인의 정신보건문제에 대한 조사와 평가
- ④ 선고받은 피고인에 대한 지역사회명령(Community Order)의 개별 맞춤형(tailored) 활용
- ⑤ 지역사회명령이 효과적으로 완수되는지에 대한 심사과정에서 법원의 개입
- ⑥ 형의 선고 후 정신보건법정 실무가의 관여
- ⑦ 실무가와 이해관계인을 위한 훈련과 인식확산 이벤트
- ⑧ 적절한 지원서비스 길잡이 및 지역사회 자원의 확인 및 참여

위의 내용을 보면, 치안법원이 피고인에게 내린 지역사회 내에서의 치료를 위한 조치가 어떤 상황 하에서만 제대로 활성화될 수 있는지 알 수 있는데, 요약하면 전문성 있는 실무가와 법원, 정신보건 서비스 제공자들 사이의 연계와 참여, 감독 등이 필요함을 알 수 있다.

(4) 시범사업을 한 두 지역의 정신보건법정 모델의 핵심요소

시범사업을 한 두 지역의 정신보건법정 모델의 핵심요소는 다음과 같다.¹²³⁾

- ① 정신적 문제나 학습장애를 가진 피고인을 조사와 평가를 통해 확인
- ② 피고인의 정신건강 수요에 관한 정보를 법원에 제공하여 효과적인 사례관리 절차를 지원
- ③ 정신적 문제나 학습장애를 가진 피고인에게 형이 선고 된 이후 감독 및 정신과적 치료 요구사항이 있는 지역사회명령을 통해 교도소 수용에 대신한 신뢰할만한 대안적 조치의 제공
- ④ 법정에서 보다 강화된 정신과적 서비스를 제공
- ⑤ 지역사회명령이행에 대해 정기적인 심사를 수행
- ⑥ 정신보건법정을 통한 지역사회명령에 적합하지 않은 사람들에게 대해서는 그들의 적절한 수요를 충족시킬 수 있는 정신보건 및 다른 서비스를 제시

123) Ibid., p. v.

위의 내용을 보면, 정신보건법정이 가진 절차적 특성, 즉, 조사와 평가 → 제공된 정보를 통한 법원의 결정 → 정신과적 서비스 제공과 정기적 심사 → 심사결과에 따른 선택적 조치의 시행 등이 제시되고 있다.

(5) 정신보건법정 시범사업(Pilot Program)의 현황

2009년 1월부터 2010년 1월까지 위 두 개의 치안법원의 피고인들 중 4,000명 이상이 법정에 참석하기 이전에 대면조사가 아닌 의료기록과 형사기록을 통한 서면조사에 의해 스크리닝 되었고, 그 중 547명이 공식적인 정신보건평가가 요구되어진다고 확인되어 총 394명¹²⁴⁾에 대해 평가가 이루어졌는데, 스크리닝 후 확정된 547명 중 181명(33%)은 정신보건 관련 수요가 없다고 확인되었다.¹²⁵⁾

정신과적 치료가 요구되는 지역사회명령을 받을 수 있는 요건은 ① 18세 이상으로 일반적인 지역사회명령 요건을 갖추어야 하고, ② 치안법원에서 다루어질 수 있는 약식의 경미한 범죄(절도, 일부 폭력범죄 등)를 저질렀어야 하고, ③ 거주지가 법정관 할구역과 가까운 곳에 있으며, ④ 약물남용만 있는 경우는 제외하고 지역사회명령에 의해 관리가능한 정신과적 조치의 필요성이 있으며, ⑤ 지역 내에 일반개업의(general practitioner, GP)에게 등록되어 있어야 한다.¹²⁶⁾

위와 같은 요건을 갖춘 피고인 55명에게 정신과적 치료를 명하는 지역사회명령이 부과되었고, 그 중 9명은 그 명령을 위반하였다.¹²⁷⁾ 위 두 개의 정신보건법정 시범사업(Pilot Program)에 들어간 비용은 401,440 영국 파운드(한국 돈으로 2015. 9. 19. 기준 7억 3,421만 원)이고, 평가비용과 지역 파일럿 코디네이터 비용을 뺀 순수 운영비는 300,000 영국 파운드(한국 돈으로 약 5억 4,461만 원)이다.¹²⁸⁾

(6) 정신보건법정 시범사업(Pilot Program)에 대한 평가

영국의 정신보건법정 시범사업(Pilot Program)에 대한 평가를 맡은 Jane Winstone

124) 일부는 정신보건법정 실무가를 활용하지 못하였거나 피고인이 평가를 거절하였기 때문에 평가가 이루어지지 못하였다.

125) Ibid., p. vi.

126) Ibid., p. vi.

127) Ibid., p. vii.

128) Ibid., p. viii.

박사와 Francis Pakes 박사는 두 지역의 정신보건법정의 현황을 평가하면서 ① 정신보건법정 시범사업이 충족되기 어려운 수요에 대해 이를 해결하려는 혁신적인 여러 기관들의 협력이 형성되었고, 정신보건법정이 더 큰 성과를 거두기 위해서는 기관 간 정보공유와 데이터 수집 형태에 있어 전국적 차원의 지원을 받는 커다란 변화들이 필요함을 강조하고, ② 고위관리직(판사) 측면에서는 재판절차에 앞서 자문협의를 통해 이득을 얻을 수 있었으며, ③ 정신보건법정이 특정 집단(약물남용 등)을 대상자에서 제외하였는데, 만약 특정 집단도 대상자에 포함되어 정신보건법정에서의 서비스가 더 폭넓게 활용될 수 있었다면 조사에 좀 더 유익했을 것이라는 점을 지적하였다.¹²⁹⁾

3. 캐나다의 정신보건법정

가. 개관

캐나다의 정신보건법정은 1998년 온타리오(Ontario) 주와 뉴브런즈윅(New Brunswick) 주에서 시작되었다. 정신보건법정의 설립 이유는 1990년대 중반부터 위법행위를 한 정신장애인이 경미한 범죄들로 형사법정에 기소되는 수가 심각하게 증가하였고, 기존의 형사사법 시스템으로는 이러한 경미범죄를 저지르는 정신장애인에 대한 특별한 조치가 없어 이에 대한 대책으로 정신보건법정이 제안되기 시작하였다.

캐나다는 지역사회 내 약물남용과 정신질환에 대응하기 위해 여러 형태의 문제해결 법정(Problem-solving court)을 시도하고 있다. 캐나다의 문제해결법정은 가정폭력 법정부터 정신보건법정까지 다양한 형태를 가지고 있는데, 공통점은 기존의 형사사법 시스템과 달리 피고인에게 개별화되고 협력적인 접근을 시도한다는 것이다.¹³⁰⁾ 문제해결법정은 범죄라는 것이 개인의 선택에 의한 것이라기보다 비참한 사회적 상황을 반영하는 것일 수 있다는 전제로부터 시작하여¹³¹⁾ 문제적 증상을 형식적으로 다루기 보다는 범죄행동의 근원을 뿌리 뽑기 위한 목표를 가지고 있다.¹³²⁾

129) Ibid., p.viii.

130) Emily Slinger, Ronald Roesch, "Problem-solving courts in Canada: A review and a call for empirically-based evaluation methods", *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 2010, p. 258.

131) Winick Bruce J., "Outpatient commitment: A therapeutic jurisprudence analysis", *Psychology, Public Policy, and Law*, 9, 2003, pp. 107-144.

한편, 1994년 캐나다 온타리오 주는 정신보건법정과 같은 특별법원 외에도 위법행위를 한 정신장애인이 형사사법절차에서 전환(Diversion)을 통해 다양한 치료 서비스를 받을 수 있도록 하는 법률(Diversion of Mentally Disordered Accused)을 제정하여 활용하고 있다.¹³³⁾

나. 캐나다의 정신보건법정과 다이버전 프로그램

캐나다의 정신보건법정과 정신보건 다이버전 프로그램은 모두 위법행위를 한 정신장애인이 형사사법시스템과 정신보건시스템 사이에서 서로 전환될 수 있음을 전제한다. 캐나다에서 정신보건 다이버전 프로그램은 판결 선고 전이나 후에 위법행위를 한 정신장애인에게 지역사회 서비스나 정신보건시설 내 서비스를 제공하는데, 범죄 혐의자의 위험이 적고 지역사회 내에서 생활하면서 정신과적 치료를 필요로 하는 사람에게 적합하다.¹³⁴⁾

캐나다 온타리오 주의 정신보건법정과 정신보건 다이버전 프로그램의 절차를 보면, 정신보건 다이버전은 기소 전 경찰 단계에서부터 정신병원 입원서비스나 지역사회 정신보건서비스가 제공될 수 있다. 그리고 정신보건법에 의한 비자의입원도 여기에 포함될 수 있고, 이 경우에는 정신보건법의 절차를 따르게 된다.¹³⁵⁾ 기소 후에는 정신보건법정 판사의 주도 하에 ① 다이버전 적합성 평가 및 계획 수립, ② 검사 및 변호사와의 협의, ③ 피고인과 가족에 대한 지원과 네트워킹 등이 이루어지게 된다.¹³⁶⁾ 정신보건법정의 선고 후에는 ① 그 선고 내용을 집행하는 보호관찰관과 지원서비스 팀의 연계, ② 교도소에 수감된 경우 치료와 재활을 위한 지원 등이 제공되며, ③ 지역사회 내 처우를 받는 경우 지역사회 적극(assertive) 치료팀의 사례관리, 주거지원, 동료상담 등의 서비스를 받는다.¹³⁷⁾

132) Reiksts, M., "Mental health courts in Canada", The Free Library, 2008. Legal Resource Centre of Alberta Ltd, Sep 19 2015(<http://www.thefreelibrary.com/Mental+health+courts+in+Canada.-a0191646284>, 2015. 9. 30. 최종방문).

133) Emily Slinger and Ronald Roesch, Ibid., p. 259.

134) Ontario, "A Program Framework for: Mental Health Diversion/Court Support Services", 2006, p. 3(<http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/mentalhealth/framework.pdf>, 2015. 9. 20. 최종방문)

135) Ontario, Ibid., pp. 32-33.

136) Ontario, Ibid., pp. 16-17.

다. 캐나다 정신보건법정 모델의 특징

캐나다의 정신보건법정과 같은 특별법원의 내부운영 형태는 각 주별로 다양한데, 각 주별 범죄유형과 내용이 서로 다르기 때문에 법정의 운영도 달라진다. 밴쿠버의 경우 재산범죄비율이 높아 새롭게 생긴 지역사회 법정(community court, 특별법원)은 그러한 범죄의 감소에 특히 집중된다.¹³⁸⁾

캐나다 온타리오 주의 토론토 정신보건법정 및 뉴브런즈윅 주의 세인트 존 정신보건법정의 경우 경범죄 외에 모든 유형의 범죄를 그 대상으로 하지만, 지역사회 법정은 주로 경미한 수준의 범죄행위를 대상으로 한다. 절차적으로 보면, 토론토 정신보건법정은 판결선고 전에 개입하고, 지역사회 법정은 프로그램에 공식적으로 참여하기 전에 피고인의 유죄인정이 요구된다.¹³⁹⁾

피고인의 의무사항 준수에 대한 조사는 모든 정신보건법정 모델에서 모두 채택하고 있는 것이라 할 것이지만 그 의무사항 위반에 대한 판사의 조치(제재)는 각 모델별로 다양하다. 의무위반에 대한 제재는 미국의 경우 교도소 수감에서부터 지속적인 참여를 독려하기 위해 치료적 의무조치를 재조정하는 것 등으로 다양한데, 대부분의 캐나다 정신보건법정은 감옥으로 보내는 것은 자제하고, 치료명령을 조정하거나 법정출석 의무를 강화하는 것에 중점을 두고 있고, 약물법정에서는 피고인이 약물사용금지명령을 위반하였을 경우 기존의 형사사법절차로 되돌려 보내는 조치를 취한다.¹⁴⁰⁾

4. 호주 정신보건법정과 다이버전 프로그램

가. 개관

호주도 다른 영미권계 국가(미국, 영국, 캐나다)와 같이 형사사법시스템 내에서 정신보건서비스를 활용할 수 있는 다이버전 프로그램을 운영하고 있다. 호주는 6개의 주와 2개의 테리토리(territory)로 나뉘어져 있는데, 각 주와 테리토리는 독자적인 정신보건법을 운영함으로써 위법행위를 한 정신장애인에 대해 서로 다른 법령과

137) Ontario, Ibid., pp. 19-20.

138) Emily Slinger and Ronald Roesch, Ibid., p. 260.

139) Emily Slinger and Ronald Roesch, Ibid., p. 260.

140) Emily Slinger and Ronald Roesch, Ibid., p. 261.

프로그램을 가지고 있다. 호주 내에서 정신보건법정을 운영한 최초의 주이자 유일한 주는 퀸즈랜드(Queensland) 주이고, 대부분의 주는 정신보건 다이버전 프로그램을 운영하고 있다. 다만, 호주에서는 형사법정에서 정신보건 다이버전 프로그램을 운영하는 주체가 법원인 경우 실질적으로 정신보건법정과 큰 차이가 없게 되는 경우도 있다.¹⁴¹⁾

호주의 모든 주와 테리토리아에는 정신보건심판원(mental health tribunal)이 있어 범죄를 저지르지 않았지만 자·타해 위험성이나 치료필요성이 있는 환자를 강제입원 시킬 수 있고, 그 외에 이미 범죄를 저지른 정신장애인도 평가하여 계속 입원을 시킬 수 있는 제도를 가지고 있다.¹⁴²⁾ 정신보건심판원은 각 주마다 다양한 직업을 가진 사람들로 구성되지만, 통상적으로 법조인, 의사, 지역사회 구성원 3인으로 구성되며, 그 권한을 보면 어떤 주는 법원이나 집행부에 권고하는 정도의 권한만 있고(이 경우 최종 결정권자는 법원이나 카운실의 가버너(the Governor in Council)), 어떤 주는 정신보건심판원이 스스로 결정할 권한을 가지고 있다.¹⁴³⁾

나. 정신보건 연계 프로그램(mental health liaison program)

호주의 각 주와 지역은 법정에 가기에 앞서 위법행위를 한 정신장애인의 정신건강을 평가하기 위해 정신보건 연계프로그램을 마련해 놓고 있다.

뉴 사우스웨일즈 주의 경우 2002년부터 정신건강 평가와 의뢰 서비스를 주 전체의 치안판사에게 제공하고 있는데, 2004년 7월까지 12달 동안 18,902명의 사람들을 스크리닝하여 약 10%인 1,945명을 좀 더 정밀한 정신건강 평가에 의뢰하였고, 그 중 1,413명이 심각한 정신질환이나 정신장애를 가진 것으로 평가되었으며, 그 중 ① 204명은 정신건강 치료를 위한 병원 입원으로 전환되었고, ② 702명은 지역사회 케어로 전환되었으며, ③ 507명은 치안판사의 명령에 따라 수감형 정신보건서비스가 의뢰되었다.¹⁴⁴⁾

141) Elizabeth Richardson, Bernadette McSherry, "Diversion down under — Programs for offenders with mental illnesses in Australia", *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 2010, pp. 249-250

142) Commonwealth of Australia, "Select Committee on Mental Health : A national approach to mental health from crisis to community(First report)", 2006, p. 331.

143) Commonwealth of Australia, *Ibid.*, p.332.

빅토리아 주는 치안판사 법정 내에서 위법행위를 한 정신장애인에 대한 평가와 지원서비스를 실시하기 위한 정신보건 법정연계서비스(The Mental Health Court Liaison Service, MHCLS)를 제공한다. 위 서비스는 빅토리아 주 포렌식 정신보건협회, 각 지역의 정신보건서비스기관 등에서 제공하는데, 위 서비스의 목표는 위법행위를 한 정신장애인을 형사사법시스템에서 적절한 정신건강치료를 받도록 다이버전을 하고, 재범률을 감소시키며, 수감기간이나 수감기회를 감소시키는 것에 목적이 있다.¹⁴⁵⁾

남호주 주는 치안판사 법정 다이버전 프로그램을 만들어서 위법행위를 한 정신장애인의 교도소 수용의 대안적 조치로서 활용하는데, 그 내용을 보면 요건을 갖춘 위법행위를 한 정신장애인에게 자발적으로 질병이나 장애로 인한 수요나 범죄행위에 대응할 수 있는 기회를 재판절차가 종결되기 전에 제공한다.¹⁴⁶⁾

대체로 호주에서는 다른 형사법정 등에서의 연계서비스를 통해 치안판사 법정(magistrate's court)으로 넘어 온(다이버전 된) 정신장애인에 대해 치안판사가 치료명령을 할 수 있고, 다이버전이 있을 경우 감옥에 있을 사람이 풀려나서 지역사회 치료명령을 이행하게 될 수도 있다.¹⁴⁷⁾

다. 퀸즈랜드 주의 정신보건법정

퀸즈랜드 주의 정신보건법정은 정신이상 항변이나 감소된 책임능력 항변의 문제 등 정신적 책임능력의 문제를 결정하는 법정으로 만들어 졌는데,¹⁴⁸⁾ 위 정신보건법정은 지원된 정신과 의사로부터 전문적 조언과 지원을 받는 최고법원 판사로 구성되고, 피고인의 변호사, 검사, 정신보건국장(mental health director)으로부터 참고자료가 최고법원에 제출될 수 있으며, 법원은 정신과의사나 다른 보건전문가에게 조사를 명하고, 정신보건시스템 내에서 치료를 제공할 것을 명하는 사법명령(forensic order)을

144) Commonwealth of Australia, Ibid., p.332.

145) 호주 빅토리아 주 치안판사 법정(<https://www.magistratescourt.vic.gov.au/jurisdictions/specialist-jurisdictions/court-support-services/mental-health-court-liaison-service>, 2015. 9. 20. 최종방문).

146) Commonwealth of Australia, Ibid., p. 332.

147) Commonwealth of Australia, Ibid., p. 343

148) Commonwealth of Australia, Ibid., p. 331.

내릴 수 있다.¹⁴⁹⁾

퀸즈랜드 주의 정신보건법정에 의뢰될 수 있는 피고인은 1) 과거나 현재에 정신질환이 존재하거나 지적장애가 있고, 2) 관련 능력이 그 행위시에 없었던 경우를 요건으로 하는데, 이는 책임무능력(정신이상 항변) 판단을 하는 특별법원으로 볼 수 있고, 여기서는 추가적으로 정신보건심판원(Mental Health Review Tribunal)의 결정에 대한 이의제기 사건을 담당한다.¹⁵⁰⁾

퀸즈랜드 주의 정신보건법정은 미국이나 캐나다의 정신보건법정과 달리 형사법원의 책임무능력 판단과 정신보건심판원의 항소(이의제기) 사건을 담당하며, 퀸즈랜드 최고법원에서 사건을 관할한다는 특성이 있다.

제3절 대륙법계 국가의 위법행위를 한 정신장애인 처우

1. 개관

영미법계 국가와 달리 독일, 프랑스 등 대륙법계 국가에서는 위법행위를 한 정신장애인에 대해 형사사법시스템 내에서 법원의 판사가 치료명령이나 입원명령을 내리는 시스템을 보유하고 있으며, 정신보건법정이 따로 운영되고 있는 것은 아니다.

일본의 경우에는 2000년대 초반까지 보안처분제도를 운영하지 않고 있었으나 2005년 의료관찰법(정확한 명칭은 “심신상실등의 상태에서 중대한 타해행위를 행한 자의 의료 및 관찰등에 관한 법률”, 이하 ‘의료관찰법’이라 한다) 시행을 통해 10여년간 주로 중범죄를 저지른 정신장애인에 대한 강제입원 및 강제통원치료 등의 조치를 취하고 있다. 그 이전에는 1950년 정신위생법(이후 정신보건법, 정신보건복지법(약칭) 등으로 명칭이 변경됨) 제정을 통해 위법행위를 한 정신장애인에 대한 처우는 보안처분을 대신하여 행정기관의 조치입원제도를 통한 강제입원 및 강제치료시스템에 맡겨졌었다. 이하에서는 독일과 일본의 위법행위를 한 정신장애인 처우 시스템의 현황을 자세히 살펴보고자 한다.

149) Ibid.

150) 호주 퀸즈랜드 주 법원(<http://www.courts.qld.gov.au/courts/mental-health-court>, 2015. 9. 20. 최종방문).

2. 독일

가. 위법행위를 한 정신장애인 처우

독일은 1933년 제정된 ‘위험한 상습범에 관한 수용 및 재활법’(Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Besserung und Sicherung)을 통하여 중독범죄자를 포함한 정신질환 범죄자를 정신보건시설에 수용할 수 있는 제도를 마련하였다.¹⁵¹⁾ 이후 독일은 위법행위를 한 정신장애인에 대해서 형벌이 아닌 치료로서의 보안처분제도를 유지하게 된다.¹⁵²⁾ 위와 같은 형사시스템은 범죄자에 대한 형사절차를 두 가지 형태로 즉, 하나는 일반범죄자에 대한 형벌과 다른 하나는 정신질환 범죄자에 대한 치료(보안처분)로 구분하여 이후에도 계속 유지하게 하였다.

독일에서 위법행위를 한 정신장애인이 강제입원되는 방식은 3가지 유형이 있다. 첫 번째는 후견인(Betreuer)에 의한 민법상 수용이고, 두 번째는 공법상 수용이며, 세 번째는 형사법상 수용이다. 위 3가지 유형의 정신병원 수용은 모두 법원 판사(후견법관 또는 형사법관)의 심사를 거친다.

각 수용의 요건을 개략적으로 본다면, 후견인에 의한 민법상 수용은 피후견인의 자해위험이나 건강상의 위험을 막기 위한 것이고, 행정기관에 의한 공법상 수용은 타해위험이나 공공의 안녕을 위한 것이고, 형사법상 수용은 범죄를 저지른 정신장애인에 대한 재범위험성을 막기 위한 것이다.¹⁵³⁾ 위의 각 수용의 유형에 따라 수용되는 정신보건시설은 일반정신병원, 일반정신병원 내 사법병동, 전문사법정신병원 등이다.

위 3가지 수용유형 중 위법행위를 한 정신장애인에 대한 강제입원이나 강제치료는 형사법상 수용과 관련이 있다. 독일은 특별한 정신보건법정이 있는 것이 아니라 일반

151) Hans Joachim Salize, Harald Dreßing, “Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders—Legislation and Practice in EU Member States”, European Commission Central Institute of Mental Health, German, 2005, p.152.

152) 1933년의 위 법 제61조에 따른 보안처분의 내용은 1. 치료 및 요양시설에의 수용, 2. 주치자 치료시설 또는 금단시설에의 수용, 3. 노역장유치, 4. 보안감호, 5. 위험한 성범죄자의 거세, 6. 직업행사의 금지, 외국인범죄자의 국외추방 등이었다고 한다(이진국, “독일과 스위스의 보안처분 집행절차 및 실무연구”, 법무부 치료감호소 연구용역최종보고서, 2010, 14-15면.)

153) 박귀천, “독일의 정신보건법제와 정신질환자 강제입원제도”, 법학논집 제19권 제2호, 이화여자대학교 법학연구소, 2014.12, 357면.

형사법정에서 재판수행무능력자, 형사책임무능력자(또는 한정책임능력자)에 대한 강제입원조치가 가능하고,¹⁵⁴⁾ 형사처벌을 받아야 할 피고인에 대해서도 보호관찰을 조건부로 집행유예를 하면서 피고인의 동의를 전제로 하여 치료명령이나 시설거주명령을 할 수 있다(독일형법 제56조c 제3항). 그 밖에 형사재판 중에 정신감정을 위하여 국공립 정신병원에 유치하여 관찰하도록 명할 수 있다(독일형사소송법 제80조a, 제81조 및 제246조a). 보안처분과 형벌의 집행은 독일의 각 연방주의 규정에 따라 이루어진다. 이하에서는 독일의 정신병원 감호처분과 금단치료소 감호처분에 대해 자세히 살펴본다.

나. 정신병원 및 금단치료소 감호처분

(1) 처분의 요건과 절차

독일형법(StGB) 제63조는 정신병원(Psychiatrischen Krankenhaus) 수용을, 제64조는 약물중독으로 인한 금단시설(Entziehungsanstalt) 수용을 규정하고 있다. 정신병원 수용의 요건은 정신이상(책임무능력 또는 한정책임능력) 상태에서 범죄를 저지르고, 장래에도 심각한 범죄를 저지를 것으로 예상되어 공중에 위험을 야기할 것이 우려되는 경우, 형사법원이 피고인을 기간의 제한 없이(무기한으로) 정신병원에 수용하는 판결을 하고 원칙적으로 1년마다 법원이 수용계속의 필요성 여부를 심사한다(독일형법 제67조e).

독일형법 제64조에 의한 금단치료소 수용의 요건은 알코올 또는 다른 약물중독으로 인해 범죄를 저지르고, 향후 중독으로 인해 심각한 범죄를 저지를 위험이 있는 경우 형사법원이 피고인에게 2년의 기간 내 금단치료소 수용을 명할 수 있다. 금단치료소 수용도 형벌과 함께 부과될 수 있으며, 원칙적으로 6개월마다 법원이 수용계속의 필요성 여부를 심사한다(독일형법 제67조e).

(2) 정신병원 및 금단치료소 감호처분 현황

독일의 정신병원 및 금단치료소 감호처분의 현황을 <표 4-3>에서 보면, 1970년대에는 매년 300건 정도 정신병원 감호처분이 이루어졌고, 그로 인해 정신병원에 수용

154) 독일형법 제63조에 의한 정신병원 감호처분 및 제64조에 의한 금단치료소 감호처분

된 사람은 4,200여 명에서 점차 감소하여 1990년에는 2,500여 명 내외로 줄어들었다. 그러나 1990년대 이후 점차 정신병원 감호처분이 증가하여 매년 800건 내지 1,100건 까지 늘어났고, 병원에 수용된 누적 인원도 2000년에는 4,000명대에서 2013년에는 6,600여 명까지 늘어났다. 형법 제63조에 따른 수용선고 건수(선고확정자)는 2008년 1,104건에서 2013년 815건으로 2008년 이후 점차 감소하고 있는데, 수용된 자가 증가하는 것에 대해서는 독일 내에서 몇 가지 이유들이 제시되고 있다. 제시되는 이유로는 1) 성범죄와 관련된 중한 인격장애 범죄자의 증가, 2) 감정인의 낮은 석방권고, 3) 강화된 사회적 안전의 욕구, 4) 처벌위주의 형사정책 기조, 5) 정신질환자에 대한 의료적 서비스 부족 등이 있다.¹⁵⁵⁾

〈표 4-3〉 독일 정신병원 감호처분 현황(1970-2013)

(단위: 명)

연도	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
선고확정자	306	336	366	425	432	559	758	861
수용된자	4,222	3,494	2,593	2,472	2,489	2,902	4,098	5,640
연도	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
선고확정자	796	1,023	1,104	968	948	881	817	815
수용된자	5,917	6,061	6,287	6,440	6,569	6,620	6,750	6,652

출처 : 표 중 2008년까지는 Statistisches Bundesamt, Strafverfolgung Tab. 5.1 및 Statistisches Bundesamt, Strafvollzug-Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen (기준일: 2008. 3. 31.), Tab. 6(이진국, 앞의 연구보고서 p. 70의 표를 재인용)를 참조하고, 2008년 이후부터는 Statistisches Bundesamt, Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen, Fachserie 10 Reihe 3 und 4.1 Tab. 5.1를 참조.

아래 〈표 4-4〉를 보면, 법원에 의한 금단치료소 감호처분(1년 동안)은 1970년 이후 지속적으로 증가하고 있는 추세에 있음을 알 수 있고, 그에 따라 금단치료소에 수용된 사람도 매년 늘어나고 있다.

155) Reformüberlegungen zur Unterbringung nach § 63 StGB; http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/20130715_Eckpunkte_Reformvorschlaege_Unterbringungsrecht.pdf (2015. 9. 20. 최종방문)

〈표 4-4〉 독일 금단치료소 감호처분 현황(1970-2013)

(단위: 명)

연도	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
선고확정자	172	268	585	526	626	752	1,267	1,628
수용된자	179	183	644	990	1,160	1,373	1,774	2,473
연도	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
선고확정자	1,602	1,812	1,881	2,176	2,323	2,427	2,426	2,457
수용된자	2,619	2,603	2,656	2,811	3,021	3,354	3,526	3,819

출처 : 표 중 2008년까지는 Statistisches Bundesamt, Strafverfolgung Tab. 5.1, Statistisches Bundesamt, Strafvollzug-Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen (기준일: 2008. 3. 31.), Tab. 6(이진국, 앞의 연구보고서 p. 73의 표를 재인용)를 참조하고, 2008년 이후부터는 Statistisches Bundesamt, Strafvollzug - Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen, Fachserie 10 Reihe 3 und 4.1 Tab. 5.1를 참조.

참고로 금단치료소 수용처분이 정신병원 수용처분보다 매년 2배 이상 많음에도 불구하고 정신병원에 수용대상자가 금단치료소에 수용대상자보다 더 많은 이유는, 금단치료소 수용대상자는 2년 이상 수용할 수 없음에 반하여 정신병원 수용대상자는 기한의 제한 없이 더 길게 수용할 수 있기 때문이다.

한편, 독일 내에서 범죄를 저질러 정신병원에 수용되거나 금단치료소에 수용중인 인원은 증가하고 있음에 비해 일반 정신병원 병상 수는 1980년대 이후 지속적으로 감소하고 있다.

(3) 교도소 및 일반 정신병원 수용현황과의 비교

독일은 정신병원 및 금단치료소 감호처분으로 인해 수용된 사람의 숫자가 1970년대 부터 증가해 왔는데, 교도소나 다른 일반 정신병원도 함께 증가해 왔는지 살펴볼 필요가 있다. 아래의 〈표 4-5〉는 각 시설별로 수용현황을 비교한 것이다.

〈표 4-5〉 독일 수용시설별 수용인원 비교(1970-2008)

연도	정신병원 수용자 (63조)	금단치료소 수용자 (64조)	교도소 수용자	일반 정신병원 병상 수 (available bed)
1970	4,222	179	35,209	117,596
1975	3,494	183	34,271	115,922
1980	2,593	632	42,027	108,904
1985	2,472	990	48,212	94,624
1990	2,489	1,160	39,178	70,570
1995	2,902	1,373	46,516	63,807
2000	4,098	1,774	60,798	54,802
2005	5,640	2,473	63,533	53,021(2004년)
2006	5,917	2,619	64,512	52,923
2007	6,061	2,603	64,700	53,169
2008	6,287	2,656	62,348	-----

출처 : Norbert Konrad and Steffen Lau, "Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany", International Journal of Law and Psychiatry 33 (2010), p. 237 Table 1.

위 표를 보면, 독일형법 제63조에 의해 정신병원에 수용된 사람의 숫자는 2008년 기준으로 교도소 수용자의 1/10 정도이고, 제64조에 의해 금단치료소에 수용된 사람의 숫자는 교도소 수용자의 1/20 정도이다. 전반적으로 형법에 의한 수용자(정신병원, 금단치료소, 교도소)는 1970년 이후 2005년까지 35년 동안 증가 추세에 있었음에 비해 일반 정신병원의 정신병상 수는 지난 35년간 반 이상 줄었다. 정신병상 수의 감소는 1960년대 이후 미국과 유럽에서 시작된 탈시설화(deinstitutionalization) 운동과 정책에 의한 것인데, 이러한 정신병상 수의 감소와 정신질환자의 지역사회 복귀가 결국 교도소 내 정신장애인을 증가하게 만들었는지 여부에 관해선 1980년대 이후 미국과 유럽에서 논쟁이 되기도 하였다.

다. 외래(통원)치료의무와 사법외래환자센터

2007년 독일 형법상의 보안처분제도가 개정(Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung)되면서 행정감독에 따른 치료의무가 강화되었다. 그 목적은 공공 안전의 증진을 위해 형사사법시스템에서 석방된 범죄자들에 대한 감시를 더 엄격하게 하기 위한 것으로, 법원의 치료명령이 가능하고(독일형법 제68조b 제2항), 감독기간

이 길어지게 되었다.¹⁵⁶⁾ 위 개정법은 법원이 피고인에게 심리치료, 사회치료를 포함한 정신의학적 치료를 받도록 하기 위해 주기적으로 의사나 심리치료사의 방문을 명할 수 있도록 하고, 이를 어길 경우 보호관찰 조건의 위반으로 조치를 취할 수 있도록 하였다.¹⁵⁷⁾

한편, 법원의 치료명령을 이행하기 위해 위 개정법은 사법외래환자센터(Forensische Ambulanz, Forensic outpatient center)를 두어 석방된 피고인의 치료와 케어를 도울 수 있게 하고, 사법외래환자센터가 치료명령을 받은 피고인의 의료상의 비밀들을 제시(공개)할 수 있도록 하였다(독일형법 제68조a 제7항 및 제8항). 이는 의사 등 의료진의 환자(피고인)에 대한 비밀유지의무를 면제하고, 정보공개 의무를 부과하는 것이다. 다만, 이러한 정보공개 의무에 대해서는 의사와 환자 사이의 치료를 위한 신뢰관계를 깨고, 치료효과를 저해할 수 있다는 비판이 있고, 치료명령(강제외래치료) 자체에 대해서도 찬반 논쟁이 있다.¹⁵⁸⁾

치료명령을 받은 피고인의 치료와 감시를 맡고 있는 사법외래환자센터의 재정과 관련해서는 원칙적으로 그 형벌이나 치료의 집행이 각 연방주에 따라 이루어지기 때문에 일부 주는 고정된 확정예산을 편성하기도 하나, 일부는 건강보험기관이나 형집행기관이 그 비용을 부담한다.¹⁵⁹⁾

라. 정신병원 감호처분에 대한 최근의 개정 논의

(1) 몰라트 사건과 법개정 작업

독일에서는 2013년 8월 석방된 몰라트(Mollath)의 과거 정신병원 감호처분의 위법성¹⁶⁰⁾이 문제되면서 형법상 보안처분 규정의 개정이 논의되기 시작하였다. 몰라트는 부인과의 다툼 과정에서 폭력을 행사하였다가 편집증이 있다는 이유로 2006년 독일 형법 제63조에 의해 정신병원 감호처분을 받았다. 몰라트는 당시 자신과 부인이 함께

156) Norbert Konrad, Steffen Lau, "Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany", *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 2010, p. 237.

157) Ibid.

158) Ibid., p. 238.

159) Ibid., p. 239.

160) BVerfG vom 26.8.2013, 2 BvR 371/12.

일했던 은행 내부의 불법비자금과 돈세탁 문제를 제기하였으나 법원이 이를 몰라트의 편집증적 증세에 의한 허위주장으로 보아 무시한 채 정신병원 감호처분을 하였다. 그러나 입원한 지 7년 후 몰라트의 주장이 사실로 확인되면서 몰라트는 정신병원에서 퇴원할 수 있게 되었다. 이후 독일연방 및 바이에른 주의 법무부 등이 주체가 되어 독일형법 제63조의 개정안을 논의하기 시작하였다.

형법 제63조에 따른 정신병원 감호처분(수용) 개정을 위한 연방-주-작업그룹의 결과보고서¹⁶¹⁾에 의하면, 연방법무부가 2013년 7월 형법 제63조 개정에 대한 쟁점보고서를 발간하고, 2013년 11월 14일 주법무부 장관회의에서 보다 엄격하게 제한된 수용요건을 갖춘 형법의 시행 등을 주보건부 장관회의와 연계하여 검토할 것을 결의하였고, 이후 연방법무부가 2014년 2월 연방주 작업그룹에 형법 제63조 개정안을 마련해 줄 것을 요구하여 2014년 10월 개정안의 내용에 대해 합의하였다. 개정안의 구체적 내용은 정신병원 감호처분을 중대한 사안으로 한정하여 제한할 수 있도록 하고, 위험이 중대하지 않은 경우 수용기간을 제한하며, 비례성에 반하는 장기간의 수용을 방지하기 위해 절차적인 보장을 확보하는 것이었다.¹⁶²⁾

(2) 독일형법상 치료조항의 해석

형법 제63조의 정신병원 감호처분과 관련해 그 대상자는 장기간 지속되는 정신질환이 존재해야 하고, 향후 범죄의 발생가능성이 높은 수준이어야 한다. 이 경우 당사자의 수용은 재량이 아니며, 기간의 제한은 없지만 비례성의 원칙을 고려하도록 하고 있다(독일형법 제62조).¹⁶³⁾ 이후 법원은 독일형법 제67조나 제67조d 제2항에 따라 일정한 요건 하에서 수용의 집행을 보호관찰로 전환할 수 있고, 보호관찰로 전환될 때 대상자에게 정신의료적 치료를 위해 의사 등을 정기적으로 방문할 것을 준수사항으로 부과할 수 있다(독일형법 제68조b 제2항).

161) ERGEBNISBERICHT der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Novellierung der Regelungen zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB; http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/BL-AG%20Novellierung%2063%20StGB%20-%20Ergebnisbericht.pdf?__blob=publicationFile (2015. 9. 20. 최종방문)

162) Ibid.

163) Reformüberlegungen zur Unterbringung nach § 63 StGB; http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/20130715_Eckpunkte_Reformvorschlaege_Unterbringungsrecht.pdf (2015. 9. 20. 최종방문)

정신병원 감호처분을 받은 사람은 독일형법 제67조e 제2항에 따라 매년 한 번씩 법원의 심사를 받아야 하는데, 이 경우 수용자의 구두변론과 국선대리인의 선임이 필요하고, 정신감정은 법률상 의무화되어 있지 않으나 실무상 이루어지고 있으며, 5년에 한 번씩은 외부 감정인에 의한 감정을 요청할 수 있다(형사소송법 제463조a 제4항)

(3) 정신병원 감호처분 등의 개정안

형법 제63조에 따른 수용인원이 증가한 상태에서 몰라트 사건을 통해 정신병원 수용기간에 대해 의문이 제기되자, 형법 제63조의 수용요건의 엄격성, 수용계속 여부에 대한 심사의 절차적 엄격성을 요구하는 의견이 대두되었다. 그리하여 수용요건에 있어 비례성의 원칙에 따라 심각한 범법행위를 구체화하고, 수용의 지속기간을 통제하고, 감정에 있어 독립성과 전문성을 높이기 위한 형법 및 형사소송법 개정안이 2015년 독일 연방주 작업그룹 등에 의해 마련되었다.

먼저, 형법 제63조의 수용요건을 향후 중대한 사안(심각한 범법행위)으로 제한하면서 그 구체적 내용을 “피해자가 정신적 또는 신체적으로 중한 피해를 입을 것으로 예상되거나 중한 경제적 손실을 야기할 것으로 예상되어 일반시민에게 위험하다는 점이 행위자 및 행위의 종합평가에서 나타나는 경우”로 한정하고, “행해진 위법행위가 제1항에서의 중한 행위가 아닌 경우, 법원은 범인의 상태로 인하여 중한 위법행위를 범할 것이라는 특수한 사정이 정당화될 때에만” 수용을 선고할 수 있도록 한정하였다.¹⁶⁴⁾

다음으로, 형법 제67조d 제6항의 정신병원 수용집행 후 감호처분의 계속집행의 경우 수용요건을 보다 엄격하게 하였다. 구체적으로 위 제6항의 법조문의 내용을 보면, 수용기간이 6년에 도달하였을 경우 수용자가 자신의 상태로 인해 중한 위법행위를 범한 것을 알고, 이로 인해 피해자가 정신적 또는 신체적으로 중한 피해를 입을 것으로 예상되는 위험이 존재하지 않는 한 수용의 지속은 비례성의 원칙에 반한다고 규정하고 있다. 다만, 기존의 형법과 같이 수용집행으로부터 석방과 함께 행장감독을 개시하도록 하였고, 법원은 당사자가 행장감독 없이도 범죄행위를 더 이상 범하지

164) Diskussionsentwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe p. 1. <http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/BL-AG%20Novellierung%2063%20StGB%20-%20Diskussionsentwurf.html> (2015. 9. 30. 최종방문)

않을 것으로 기대할 수 있는 경우에는 행장감독을 개시하지 않을 수 있도록 하였다.

그 밖에, 형사소송법 개정과 관련해서도 i) 정신병원 감호처분 이후에 매년 있는 심사에 있어 보안처분시설의 감정서가 제시되어야 하고, ii) 감정인은 이전 심사에서 최종 감정을 담당한 사람이어서는 안 되며, iii) 최초 감정을 담당한 감정인은 수용 또는 이후 형집행 명령이 선고되는 재판절차에 참여하지 못하고, iv) 피고인이 제67조 d 제6항의 심사를 받을 경우 피고인의 구두변론을 거치도록 하였다(형사소송법 제463조 개정안).

3. 일본

가. 위험한 정신장애를 이유로 한 수용

일본은 2005년 의료관찰법 시행 전까지 치료감호제도와 같은 보안처분이 없었고, 중범죄를 저지른 정신장애인의 경우 형사처벌이 아닌 정신위생(보건)법에 따라 지방자치단체의 장에 의해 조치입원되어 격리되었다. 1970년대에는 정신위생(보건)법에 따라 7만 여명의 조치입원 환자가 강제입원되었고, 그 중 일부는 범죄를 저지른 정신장애인이었다. 1980년대 중반에 조치입원 환자는 3만 여명으로 감소하였고, 이후 1990년대 들어서는 1만 명 이하로 감소하여 2008년에는 1,800여 명 내외로 줄었다.¹⁶⁵⁾ 일본은 형사사법시스템 내에서 강제입원이나 강제치료가 시행되는 것이 아니라 경찰·검찰·교정시설 등의 의뢰를 통하여 위법행위를 한 정신장애인이 정신보건시스템으로 넘어가 국가의 대리인이라 할 수 있는 지방자치단체(도도부현 지사)가 위법행위를 한 정신장애인을 포함하여 자상타해(自傷他害) 위험이 있는 정신장애인을 국·공립 정신병원에 입원시키는 제도를 가지고 있었다. 이후 일본에서는 2005년 의료관찰법 시행으로 인해 판사와 정신보건심판원(정신과의사)이 함께 합의체로 재판을 하고, 살인·방화·강간·강도 등 중범죄를 저지른 심신상실 또는 심신미약자를 대상으로 하여 입원처분, 통원처분, 정신보건관찰 등의 보안처분을 내리는 제도를 도입하였다. 이하에서는 1950년대 이후 조치입원의 현황과 2005년 이후 의료관찰법 제정 배경과 경위를 살펴본다.

165) 신권철, “정신질환자의 법적 지위-배제에서 통합으로”, 서울대학교 박사학위논문, 2012, 126-129면.

나. 조치입원의 현황

일본의 조치입원(措置入院)은 우리나라의 치료감호제도와 앞서 본 정신보건법정과 같은 법원의 재판절차를 통한 것이 아니라 경찰·검찰·교도소장 등의 의뢰를 받아 도도부현 지사가 강제입원시키는 정신보건법상의 제도로써 1950년 정신위생법 제정과 함께 도입되었다. 일본에서는 1960년대부터 1970년대 초반까지 형사사법시스템 내에 보안처분을 도입한 형법개정안을 발의하는 등 보안처분제도를 도입하고자 하는 논의가 있었으나 형법학계와 정신신경학회 등의 반대의견 때문에 도입하지 못하고 형벌일원주의를 유지하게 되었다. 그리고 1950년 제정된 정신위생법(이후 정신보건법, 정신보건복지법으로 명칭 변경됨)의 조치입원제도가 그 역할을 대신한 것으로 볼 수 있다.

〈표 4-6〉 일본 조치입원 현황(1955~2012)

연도	정신병상 수	병상이용율	조치입원을 또는 환자 수	조치입원예산 (단위: 億円)	조치입원신청. 통보·신고건수
1955	44,250	111.1%	14.7%	8	-
1960	95,067	106.2%	12.3%	22	-
1965	172,950	108.0%	35.7%	196	-
1970	247,265	104.3%	30.6%	438	-
1975	278,123	101.8%	22.9%	1,017	-
1980	308,554	102.4%	15.2%	960	-
1985	334,589	101.9%	9.0%	737	-
1990	359,087	97.3%	3.6%	392	-
1995	361,714	94.3%	1.7%	113	-
2000	358,597	92.9%	-	-	-
2005	354,296	91.7%	-	-	-
2008	349,321	90.0%	1,713명	-	16,113건
2009	348,321	89.9%	1,579명	-	16,392건
2010	346,715	89.6%	1,515명	-	17,033건
2011	344,047	89.1%	1,512명	-	18,301건
2012	342,194	88.7%	1,531명	-	21,046건

출처 : 1955년부터 1999년까지 통계는 野田正彰, 犯罪と精神医療, 岩波現代文庫, 2001, p. 196~197 표 2; 2001년 이후 통계는 2010년 및 2014년의 일본 후생노동성 발행의 후생노동백서 p. 42의 표; 2008년 이후 조치입원 환자 수와 조치입원신청 등의 건수 통계는 후생노동성의 홈페이지.¹⁶⁶⁾

166) http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/12/dl/kekka1.pdf (2015. 9. 20. 최종방문)

조치입원으로 인한 입원환자 현황을 <표 4-6>에서 보면, 일본의 정신병상 수가 지난 50여 년간 8배 가량 증가해 왔음을 알 수 있는데, 과거에는 병상이용율이 100%를 넘었지만 1980년대 후반 이후부터 병상이용율이 점차 떨어지고 있음을 알 수 있다.

치료감호의 대안적 조치로서 활용된 조치입원 환자가 1950년 정신위생법 시행 이후 1960년부터 약 1만 여명을 넘어가고(정신병원 입원환자의 12.3%), 1965년부터 1975년 사이에는 6-7만 명(정신병원 입원환자의 30% 내외)의 자상타해 위험의 정신장애인이 조치입원 환자가 되었다. 조치입원이 증가한 1975년에서 1980년까지 사이에는 우리 돈으로 매년 1조 원(100엔 = 1,000원으로 환산) 내외의 액수가 조치입원 비용으로 지출되었다.

1970년대 이후에는 조치입원 환자의 비율은 매년 줄어들어 1995년에는 그 비율이 1.7%로 줄어들고, 조치입원 환자 수도 2008년 이후 1,500여 명 내외만 유지되고 있다. 경찰·검찰 등에서 조치입원을 의뢰하는 건수는 2008년부터 2012년까지 매년 평균 1만 6,000여 건에서 2만 1,000여 건 정도이나, 그 중 도도부현 지사에 의해 조치입원 결정이 이루어지는 환자는 10% 내외에 불과하다.

조치입원 환자가 지난 40여 년 간 점차 줄어든 이유와 관련해 일본에서는 입원환자의 자·타해 위험성에 대한 엄격한 심사, 환자 권리의 존중 등이 이유로 제시되기도 하였지만, 실무적으로 위험한 조치입원 환자를 병원에 입원시키는 것을 꺼려하는 경향과 더불어 조치입원 환자를 입원시킨 후 병동 내에서의 처우곤란 등을 이유로 치료가 완료되지 않은 채로 조기에 퇴원시키는 경향도 조치입원 환자의 감소 이유로 지적되었다.

실제 2001년 6월 8일 발생한 이케다 소학교에 한 남자가 들어가 칼을 휘둘러 아동 8명을 살해하고, 15명에게 중경상을 입힌 ‘이케다 소학교 사건’ 이후 위 행위를 저지른 사람이 과거 범죄를 저질러 조치입원 되었으나 쉽게 퇴원한 후 별다른 국가의 감독을 받지 않은 점을 들어 일본 정신보건복지법의 조치입원 시스템이 형사범죄에 적극적으로 대응할 수 없다는 한계가 지적되었다.

다. 의료관찰법 제정의 배경

의료관찰법 제정 이전에는 위에서 본 바와 같이 위법행위를 한 정신장애인 중 일부는 일본 형법 제39조(심신상실자의 불처벌과 심신미약자의 형벌감경)에 따라 처벌을 받지 않거나 감경받게 되어 이에 대한 대응책으로 '정신보건 및 정신장애자 복지에 관한 법률'(구 명칭은 정신위생법, 정신보건법임. 이하 '정신보건복지법'이라 한다)에 따른 지방자치단체의 장인 도도부현 지사(우리의 시·도지사에 해당)에 의한 강제입원 조치(이를 '조치입원'이라 한다)가 행해졌다.

그러나 정신보건복지법에 의한 조치입원은 몇 가지 문제점이 지적되었는데, 1) 신체적 구속과 침습이 있는 입원 조치임에도 불구하고 법원의 재판이 아닌 행정기관과 의사에 의해 결정된다는 점, 2) 범죄를 저지른 정신장애인이 정신병원에서 일반 정신과 환자와 함께 생활하면서 다른 환자들에게 위험한 행동을 하는 경우가 있는 점 등이 지적되었다. 이에 따라 위험한 행위를 하는 치우곤란자를 대상으로 한 별도의 전문병동의 건설이나 위법행위를 한 정신장애인의 수용, 외출, 퇴원에 대한 별도의 대책을 요구하는 의견들이 강조되기 시작했다.¹⁶⁷⁾ 특히 2002년에는 의료관찰법의 주요한 내용이 제시되었는데, 정신신경학회는 이에 대해 항의를 표명하였으나, 그럼에도 불구하고 의료관찰법은 일본 각의를 거쳐 중의원에서 가결되었다.

라. 의료관찰법의 내용

의료관찰법은 위법행위를 한 정신장애인에 대한 의료적 처우 여부를 결정하는 심판 절차와 그 심판에 따른 의료적 조치(입원치료, 통원치료, 정신보건관찰 등)로 구분된다. 이하에서는 의료관찰법을 중심으로 그 내용을 간단히 정리해 본다.

(1) 대상자

- ① 대상범죄 : 중대한 타해행위(살인, 방화, 강도, 강간, 강제추행 및 상해, 상해를 제외하고는 모두 미수 포함)를 한 사람으로서(법 제2조 제2호)
- ② 심신상실 또는 미약 :
 - i) 심신상실 또는 심신미약으로 인정되어 불기소되거나

167) 真先剛史, 医療観察制度の現状と課題-司法精神医療の在り方-, 立法と調査, 264, 2007, 93-95頁.

- ii) 심신상실을 이유로 무죄의 재판이 확정되거나
- iii) 심신미약을 이유로 형을 경감하는 재판이 확정된 사람으로서
- ③ 의료적 필요성 : 의료적 필요가 있을 것(정신장애를 개선하고, 같은 행위를 반복하지 않으며, 사회복귀를 촉진하기 위한 목적의 의료적 필요)(법 제33조 제1호)

(2) 심판절차

- ① 검사 : 위의 대상자를 상대로 하여 지방법원에 신청(법 제33조)
- ② 법원 :
 - i) 대상자를 상대로 감정을 실시하고,
 - ii) 정신보건참여원(사회복지사 등 정신보건전문가) 등의 의견을 듣고,
 - iii) 보호관찰소에 생활환경 조사를 명하여 재판을 진행
 - iv) 참석자(변호인)를 선임하여 의견 청취
- ③ 재판부 : 판사(재판장)와 정신보건심판원(정신보건판정의)이 합의체를 구성하여 합치된 의사로서
 - i) 의료를 목적으로 한 입원결정,
 - ii) 의료를 목적으로 한 통원(외래치료)결정,
 - iii) 의료적 조치를 하지 않는다는 (기각)결정,
 - iv) 신청이 부적법하다는 각하결정을 함(법 제42조).

(3) 입원결정의 집행과 입원계속의 심사

- ① 집행 : 후생노동대신이 정한 지정입원의료기관(지정에 동의한 국·공립 의료기관 임) 등에게 통지하고, 대상자를 후생노동성 직원이 강제로 입원시킴(법 제45조)
- ② 입원계속과 퇴원신청(법 제49조)
 - i) 지정입원의료기관의 정신보건지정의는 입원한 대상자가 입원 계속의 필요성이 없게 될 경우에는 지방법원에 퇴원허가 신청을 할 수 있음
 - ii) 지정입원의료기관의 관리자는 대상자 진찰 결과 입원 계속의 필요성이 있다고 인정하는 경우에는 최초 결정이 있는 날로부터 6개월 이내에 지방법원에 입원계속 신청을 해야 함

iii) 입원 대상자, 그 보호자, 참석자(변호인)는 지방법원에 퇴원허가나 의료종료 신청을 할 수 있음

③ 의료의 범위(법 제81조)

i) 진찰, ii) 약제 또는 치료재료의 지급, iii) 의학적 처치 및 그 밖의 치료, iv) 주택에서의 요양상의 관리 및 요양에 수반한 돌봄과 간호, v) 병원에서의 입원 및 그 요양에 수반한 돌봄과 간호, vi) 이송

(4) 통원(외래치료)결정의 집행과 통원계속의 심사

① 집행 : 대상자가 지정통원의료기관에 가서 의료를 받아야 할 의무가 있음(법 제43조 제2호)

② 통원기간 : 결정이 있는 날로부터 3년(추가로 2년을 초과하지 않는 범위에서 연장 가능)

③ 통원연장과 처우종료 신청(법 제54조)

i) 보호관찰소의 장은 대상자가 외래치료 계속의 필요성이 있는 경우 지정통원 의료기관 관리자와 협의 후 기간 만료 전까지 지방법원에 기간연장을 신청해야 함

ii) 보호관찰소의 장은 대상자가 외래치료 계속의 필요성이 없게 된 경우 지정통원의료기관 관리자와 협의 후 지방법원에 의료종료를 신청해야 함

iii) 통원치료 대상자, 그 보호자, 참석자(변호인)는 지방법원에 의료종료 신청을 할 수 있음

(5) 지역사회처우계획(정신보건관찰 및 원조)

① 대상자 : 입원 중 퇴원하면서 통원(외래치료)결정을 받은 자나 처음부터 통원(외래치료)결정을 받은 자는 그 통원기간 중 원조와 정신보건관찰을 받음(법 제106조)

② 내용 :

i) 원조 : 보호관찰소의 장이 지정통원의료기관의 장 및 지방자치단체의 장과 협의하여 대상자의 처우에 관한 실시계획(각종 사회복지입법에 의한 원조의

내용과 방법)을 수립하고 시행하는 것(제104조)

- ii) 정신보건관찰 : 대상자와 접촉을 유지하고, 대상자에게 일정한 준수사항을 부과하면서 생활을 지켜보고, 대상자의 치료나 조치를 강구하는 것(제106조)

마. 의료관찰법 운영현황과 문제점

(1) 의료관찰법 운영현황

2005년 의료관찰법 시행 이후 2011년 후생노동성이 일본 의회에 그 운영현황을 보고하였다. 그 내용은 2005년 7월 15일부터 2010년 7월 31일까지 5년 간 검찰관의 신청인원, 입원결정 및 통원결정 등에 관한 내용이다.

이를 구체적으로 보면, 심신상실로 무죄확정 판결이 난 대상자 225명(살인 등 63명, 방화 등 69명, 강간 등 17명, 상해 58명, 강도 등 25명)과 불기소처분을 받은 대상자 1,635명(살인 등 452명, 방화 등 442명, 강간 등 90명, 상해 604명, 강도 등 79명) 합계 총 1,860명에 대해 검찰관이 의료관찰법상의 조치에 대해 신청을 하였다.¹⁶⁸⁾

또한, 5년 간 총 1,765명에 대한 법원 결정 중 입원결정 1,078명, 통원결정 324명, 불처우 303명, 각하 60명으로,¹⁶⁹⁾ 강제로 입원된 사람의 비율은 61%이고, 강제로 통원치료된 사람의 비율은 18%이다. 입원된 환자에 대해 6개월마다 심사하는 입원계속확인의 숫자는 2,102명, 퇴원허가를 받은 사람은 475명, 처우종료를 받은 사람은 119명이며, 퇴원하였다가 재입원결정을 받은 사람은 10명이다.¹⁷⁰⁾ 입원의료된 사람과 관련하여서 보면, 2010년 7월 31일 기준으로 입원의료를 받는 사람의 수는 480명이고, 그 중 84.4%의 주 병명이 통합실조증¹⁷¹⁾이며, 평균입원일수는 574일이다.¹⁷²⁾

168) 일본 후생노동성, “의료관찰법 규정 시행의 상황에 관한 보고”, 2010, 10면(2010년 11월 26일 일본 후생노동성이 국회에 보고한 내용임)(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000wvym-img/2r9852000000ww3s.pdf>, 2015. 9. 20. 최종방문).

169) 일본 후생노동성, 앞의 보고서, 14면(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000wvym-img/2r9852000000ww3s.pdf>, 2015. 9. 20. 최종방문).

170) 일본 후생노동성, 앞의 보고서 개요판, 2010, 1면(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000wvym-img/2r9852000000ww03.pdf>, 2015. 9. 20. 최종방문).

171) 우리나라에서의 조현병에 해당한다.

172) 일본 후생노동성, 앞의 보고서, 34면.

(2) 문제점

① 인격장애자에 대한 적용 여부

후생노동성이 5년 간의 의료관찰법 시행현황을 보고한 후 1) 각 지역별로 검찰관의 신청건수나 법원의 의료적 조치의 결정건수에 차이가 있다는 점, 2) 알코올이나 약물 중독자 또는 발달장애, 인격장애, 치매 등은 치료적 효과가 없어 의료관찰법 제정 당시 적용 대상으로 예상하지 않았음에도 불구하고 일부 지역에서는 이들에 대해서도 의료관찰법을 적용하고 있는 점이 문제점으로 지적되고 있다.¹⁷³⁾ 실제 2006년 8월 4일 도쿄 고등재판소는 인격장애가 있는 심판 대상자에 대해 치료반응성이 아주 낮기 때문에 의료관찰법에 의한 치료필요성이 존재하지 않는다는 이유를 들어 퇴원허가신청을 기각한 하급심의 결정을 파기하였다.¹⁷⁴⁾

② 조치입원과의 관계(우선순위)

의료관찰법에서 의료적 필요성의 요건은 i) 질병성(대상자가 범행시의 정신장애와 동일한 정신장애를 심판시에도 가지고 있을 것), 2) 치료가능성(의료적 조치를 통해 정신장애의 개선을 기대할 수 있을 것), 3) 사회복귀요인(의료적 조치 없이는 그 정신장애 때문에 사회복귀를 가로막는 구체적, 현실적 위험이 있을 것) 등이 기준으로 제시된다.¹⁷⁵⁾

2007년 7월 25일 일본 최고재판소는 '정신보건 및 정신장애자 복지에 관한 법률'에 따른 조치입원 등의 의료로 충분하다고 하여 의료관찰법 제42조 제1항 제3호의 법률에 의한 의료를 하지 않겠다는 내용의 결정을 하는 것은 허용되지 않는 것으로 해석하는 것이 상당하다'고 판시하여¹⁷⁶⁾ 의료관찰법상 치료를 우선해야 한다고 하였다. 법원의 형사법적 강제조치(강제치료)가 병원의 사회복지적 차원의 치료적 강제조치에 우선한다는 일본 최고재판소의 결정에 대해서는 일본 내 법률가·의료관계자의 논란의 대상이 되었다.¹⁷⁷⁾

173) 緒方あゆみ, 心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて, 法学研究 89号, 2010, 66-67頁.

174) 東京高裁 平成18年8月4日 決定(平成 18年(医ほ)第14号).

175) 緒方あゆみ, 前掲書, 69頁.

176) 最高裁 平成19年7月25日, 第2小法廷, 第61卷 5号, p. 563(판결이유는 아래 홈페이지 참조)
http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/004/035004_hanrei.pdf (2015. 9. 20. 최종방문)

177) 緒方あゆみ, 前掲書, 70頁.

제4절 주요국의 사법병동

1. 미국의 사법병동

가. 개관

미국에서 위법행위를 한 정신장애인의 처우와 관련해서는 교도소에서 그 심각성이 두드러졌다. 2007년 말 기준으로 범죄 등으로 인해 일반 범죄자 237만 명이 미국 내 교도소와 구치소에 수용되어 있었다.¹⁷⁸⁾ 위와 같은 과도한 수용인원으로 인해 주립 교도소의 예산 부담은 커졌고, 교도소 등에 수용된 인원 중 일부는 정신과적 치료가 필요한 상태였다. 미국 내 일부 문헌들에 따르면, 수감자들의 8% 내지 19%가 향후 기능적 손상의 결과를 가져올 정신과적 장애가 있고, 15% 내지 20%는 수감기간 중 어떤 형태로든 정신과적 개입이 요구되는 사람들이라고 하였다.¹⁷⁹⁾

미국의 경우 5,000개 이상의 교도소가 있는데, 그 중 전업 정신과 의사와 정신보건 직원을 보유한 교도소는 거대 규모의 교도소 중 일부에 불과하고, 대부분은 파트타임이나 위탁계약에 의해 정신과 의사가 지역 교도소에 정신과 의료서비스를 제공하는 형태로 되어 있다.¹⁸⁰⁾

미국은 각 주마다 교정시설에서의 처우나 정신병원의 운영에 관한 법률이 다르기 때문에 위법행위를 한 정신장애인에 대한 수용시설이나 수용방법이 다양하다. 특히, 미국은 각 주마다 다른 정신보건법(또는 정신위생법)을 가지고 있는데, 이러한 정신보건법(또는 정신위생법)이 위법행위를 한 정신장애인의 정신병원 수용과 처우에 일정한 규율을 하는 경우도 있다.

한편, 미국은 각 주마다 형사사법시스템과 정신보건시스템을 연계하는 법률과 정책, 프로그램들이 다양하기 때문에 사법병동의 개념을 어떻게 규정지을지도 논란의 여지가 있다. 과거에 사법병동은 위법행위를 한 정신장애인(교정시설 수형자 포함)을 입원시켜 환자로서 평가(감정)하거나 치료하는 시설을 의미하였으나 현재의 사법병동

178) Jeffrey L. Metzner, Joel A. Dvoskin, "Correctional Psychiatry", Textbook of Forensic Psychiatry second edition, edited by Robert I. Simon and Liza H. Gold, American Psychiatric Publishing, 2010, pp. 395-396.

179) Ibid., p. 396.

180) Ibid., p. 396.

은 위법행위를 한 정신장애인이 입원환자로 이송되어 온 경우 이외에도 이송이나 의뢰 없이 교정시설 내에서 정신과적 치료를 담당하거나 교정시설에서 퇴소(석방 및 가석방 등)한 후 입원 없이 외래치료를 담당하는 의료기관도 포함시켜야 할 수 있기 때문이다. 이하에서는 미국의 일부 주(캘리포니아주, 뉴욕주)의 사법병동에 대해 개관 하도록 한다.

나. 캘리포니아 주의 사법병동

캘리포니아 주에서 소송능력(stand to trial)이 없거나 정신이상 항변(insanity defense)이 받아들여지는 경우 남성은 주립병원인 Atascadero 병원, 여성은 Patton 병원으로 이송된다.¹⁸¹⁾ Atascadero 주립병원은 1954년 정신병원으로 개원하여 주로 카운티 법원이나 주 교정당국에 의해 입원된 남성 환자들을 치료해 왔으며, 자발적(임의) 입원환자는 받아들이지 않는다.¹⁸²⁾

Atascadero 주립병원의 현황을 보면, 2015년 현재 1,275병상을 운영하고 있는데, 입원환자들의 유형을 분류해 보면 다음과 같다.¹⁸³⁾

- i) 중죄를 저지른 피고인으로서 재판수행 무능력으로 인한 환자(형법 제1370조),
- ii) 특정범죄를 저지르고 심한 정신장애가 있어 가석방 받은 자(parolee) 중 일정기간 동안 주립병원 수용을 조건으로 한 경우(형법 제2962조 및 2972조)
- iii) 정신질환이 있는 수형자로서 교정당국으로부터 이송된 자(형법 제2684조)
- iv) 법원에서 정신이상으로 인해 무죄(not guilty by mental illness, NGRI) 판결을 받은 환자(형법 제1026조)

181) 小西聖子・柑本美和, “カリフォルニアの犯罪者に對する 精神医療”, 日本精神病院協會雜誌 第20卷 第9號, 2001, 85-87頁.

182) <http://www.dsh.ca.gov/atascadero/> (2015. 9. 30. 최종방문)

183) <http://www.dsh.ca.gov/atascadero/> (2015. 9. 30. 최종방문)

〈표 4-7〉 미국 캘리포니아 주 Atascadero 주립병원 수용현황(2015. 3. 8. 기준)

환자수용유형	형법조문	인원(명)	비율(%)
재판무능력자	1370조	197	19
정신장애범죄자(가석방 받은자)	2962조/2964a조/2972조	574	54
정신질환수형자	2684조	147	14
정신이상무죄자(책임무능력자)	1026조	140	13
합계		1,058	100

출처 : <http://www.dsh.ca.gov/atascadero/> (2015. 9. 30. 최종방문)

Atascadero 주립병원에 1,950명의 직원들이 근무하고 있는데, 〈표 4-7〉에서 수용된 환자들의 숫자는 1,058명으로 직원 대비 입원환자 비율은 약 2 : 1로 직원이 훨씬 더 많은 형태이다. 그리고 Atascadero 주립병원에서는 재판능력(the Trial Competency) 프로그램, 정신장애범죄자(the Mentally Disordered Offender) 프로그램 등이 운영되고 있다.

다. 뉴욕 주의 사법병동

뉴욕 주의 사법병동으로는 i) 센트럴뉴욕 정신의학센터(Central New York Psychiatric Center), ii) 커비 법정정신의학센터(Kirby Forensic Psychiatric Center), iii) 사우스비치 정신의학센터(South Beach Psychiatric Center), iv) 크리드무어 정신의학센터(Creedmoor Psychiatric Center) 등이 있는데, 그 중 센트럴 뉴욕 정신의학센터에 관해서 본다.

센트럴 뉴욕 정신의학센터(The Central New York Psychiatric Center, 이하 'CNYPC'라 한다)는 뉴욕 주의 종합 정신보건서비스 전달체계시스템의 하나로서 뉴욕 주와 주 내 카운티 교정시설에 수용된 사람들에 대한 치료와 보호를 주로 담당하고 있다.

CNYPC는 뉴욕 마시(Marcy)에 위치한 고도보안 입원시설(maximum security inpatient facility)로 220병상을 보유하고 있고, 뉴욕 주 교정법 제402조(Section 402 of the NYS Corrections Law)에 따라 강제입원되는 사람 또는 뉴욕 주 교정법 제508조 하에서 재판수행능력·정신이상향변·(민사)수용을 포함하여 재판 전 수용자에게 입원환자서비스를 제공하는 북동중앙지역 사법환자팀(the Northeast Central

Regional Forensic Unit)을 가지고 있다.¹⁸⁴⁾

뉴욕 주 교정국(New York Department of Correctional Services, DOCS)과 뉴욕 주 정신보건청(Office of Mental Health, OMH)은 1999년 양해각서(memorandum of understanding)를 바탕으로 CNYPC의 교정시설 내 구체적 역할을 확립하였다. 그 내용을 보면, CNYPC는 수용된 위법행위를 한 정신장애인의 기능수준을 향상시키고, 퇴소 시에 정신보건서비스의 지속성을 보장하고 있다. 또한 정신보건청은 다양한 수준의 정신보건서비스를 모든 수형자들이 접근 가능하도록 CNYPC의 네트워크화된 외래환자 프로그램을 교정시설 내에서 운영하도록 하였다.¹⁸⁵⁾

보다 구체적인 내용을 보면 뉴욕 주 내 11개의 교정시설들에 의료진, 비의료진, 운영진 등으로 구성된 위성팀(Satellite Unit)을 두고, 교정국은 각 시설 내에 병상과 팀 회의 공간, 임상 프로그램 공간, 프로그램 운영 장비, 이송 등의 안전보장을 제공하고 있으며, 위성팀은 입원 위기치료, 외래환자 서비스, 퇴원계획, 자문서비스, 중간케어 서비스 등의 프로그램을 운영하여야 한다.¹⁸⁶⁾

위와 같이 뉴욕 주 정부 내 정신보건청과 교정국 사이의 협약에 따라 CNYPC는 병원으로서 교정시설 내 대상자들에 대한 정신감정, 치료, 퇴소 후 계획 및 서비스 등을 제공한다.

2000년 경 CNYPC를 방문한 일본 방문단의 보고에 따르면 i) 보안직원은 1일 3교대 근무하며 병원 안에 212명, 바깥에 35명이 근무하고, ii) 입원환자의 숫자는 당시 220명 정도였으며, iii) 입원환자의 유형은 재판무능력, 정신이상으로 인한 책임무능력, 정신위생법에 의한 환자들 중 일반병원에서 처우가 곤란한 환자, 뉴욕 주 내 교정시설에서 수용된 환자 등인데, 그 중 뉴욕 주의 교정시설 내에서 이송된 환자가 80% 가량을 차지하며, iv) 입원기간은 평균적으로 42일이었다.¹⁸⁷⁾

184) <https://www.omh.ny.gov/omhweb/facilities/cnpc/> (2015. 9. 30. 최종방문).

185) <http://www.op.nysed.gov/surveys/mhpsw/doccs-att11.pdf> (2015. 9. 30. 최종방문).
2009년 체결된 뉴욕주 정신보건청과 뉴욕주 교정국의 양해각서 내용 중 1면.

186) 앞의 양해각서 내용 중 2-4면.

187) 町野・朔・中谷・陽二・山本・輝之 編, “觸法精神障害者の處遇”, 信山社, 2005, 610-620頁.

2. 독일의 사법병동

가. 사법병동의 유형과 운영

(1) 사법병동의 유형과 현황

독일 형법 제63조에 의한 정신병원 감호처분을 집행하는 보안처분행형병원(Maßregelvollzugsklinik)으로는 독립된 하나의 병원을 이루는 전문사법정신병원(Fachkrankenhaus für Forensische Psychiatrie)과 일반적인 정신병원 내에 특수병동으로 이루어진 사법정신병동(Fachabteilung für Forensische Psychiatrie)이 있다.¹⁸⁸⁾

2010년 12월 31일 기준으로 독일 내에 전문사법정신병원 38개, 일반병원 내 사법정신병동 39개로 총 77개가 있으며, 정신병원 감호처분을 받은 환자 수는 7,752명이고, 금단치료소 감호처분을 받은 환자 수는 3,803명이다.¹⁸⁹⁾ 이를 보다 구체적으로 보면 아래와 같다.

〈표 4-8〉 독일 내 전문사법정신병원의 수(2010. 12. 31. 기준)

연방주	정신병상 수에 따른 병원규모					합계
	100 이하	101-200	201-300	301-400	400 이상	
Baden-Württemberg	3	3	0	0	0	6
Bayern	2	6	2	0	0	10
Berlin	1	0	0	0	1	2
Brandenburg	0	2	0	0	0	2
Bremen	0	0	0	0	0	0
Hamburg	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	1	0	0	0	0	1
Niedersachsen	2	0	0	1	0	3
Nordrhein-Westfalen	2	2	0	1	0	5
Rheinland-Pfalz	0	0	0	1	0	1
Saarland	0	1	0	0	0	1
Sachsen	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	0	1	1	0	0	2
Schleswig-Holstein	1	0	1	0	0	2
Thüringen	3	0	0	0	0	3
합계	15	15	4	3	1	38

출처 : Tabellenanhang zum Bericht "Psychiatrie in Deutschland-Strukturen, Leistungen, Perspektiven" der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2012. 1.5.1.

188) 안성훈, "치료감호제도의 개선방안 연구", 한국형사정책연구원, 2011, 106면 참조.

189) Tabellenanhang zum Bericht, "Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven" der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz, 2012, pp. 12-14.

〈표 4-8〉를 보면, 일부 주의 경우에는 정신병원 감호처분을 받은 환자를 수용하는 전문사법정신병원이 없는 경우도 확인된다. 그리고 400병상 이상의 전문사법정신병원은 1개(베를린 전문사법정신병원) 밖에 없으며, 100병상 미만이나 200병상 미만의 병원들이 다수를 이루고 있음을 알 수 있다.

〈표 4-9〉 독일 내 일반 정신병원 내 사법정신병동의 수(2010. 12. 31. 기준)

연방주	정신병상 수에 따른 사법정신병동규모					합계
	100 이하	101-200	201-300	301-400	400 이상	
Baden-Württemberg	0	0	0	0	0	0
Bayern	1	2	0	1	0	4
Berlin	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	1	0	0	0	0	1
Bremen	0	1	0	0	0	1
Hamburg	0	0	1	0	0	1
Hessen	4	1	0	1	0	6
Mecklenburg-Vorpommern	2	0	0	0	0	2
Niedersachsen	6	1	0	0	0	7
Nordrhein-Westfalen	3	2	2	1	0	8
Rheinland-Pfalz	1	1	0	0	0	2
Saarland	0	0	0	0	0	0
Sachsen	6	1	0	0	0	7
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0
Thüringen	0	0	0	0	0	0
합계	24	9	3	3	0	39

출처 : Tabellenanhang zum Bericht "Psychiatrie in Deutschland-Strukturen, Leistungen, Perspektiven" der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2012. 1.5.2.¹⁹⁰⁾

〈표 4-9〉를 보면, 일반 정신병원 내 사법정신병동을 설치해 운영하는 경우도 39개에 이르는데, 전문사법정신병원에 비하여 병상 수가 작음을 알 수 있다. 39개 중 24개 병동이 100병상 미만으로 되어 있고, 400병상 이상의 사법병동은 하나도 없어 전문사법정신병원과 사법정신병동의 규모에 있어서 차이가 있다.

190) Ibid., p. 12.

(2) 사법병동의 운영방식

정신병원 감호처분의 도입 이전인 1900년대 초반부터 독일에서는 위법행위를 한 정신장애인의 격리수용 시설을 어느 기관의 소속으로 할 것인지 논란이 되어 왔다. 즉, 일반 정신의료기관에 수용할 것인지 아니면 별도의 사법부 산하 시설을 신설할 것인지 문제되었던 것이다. 그러나 독일(연방)형행법은 정신병원 감호처분을 포함한 보안처분 집행을 위한 조직과 운영은 각 주의 권한(관할)사항으로 두었다(독일형행법 제139조). 따라서 각 주마다 시설의 집중화나 전문화에 있어서는 차이가 있으며, 일반 국·공립 또는 민간 정신병원 내의 특별병동으로서 사법병동이 운영되거나 전체 사법병원 내에서 정신과적 치료만 담당하는 사법병동으로서 운영되기도 한다. 다만, 독일에서는 현재 민간화된 사설 정신병원 내에서 정신병원 감호처분을 집행하는 사법병동을 두는 것이 결국은 민간병원의 이윤추구 논리에 따라 안전사고나 재범 위험성을 증가시킬 위험이 있다는 점이 지적되고 있다.¹⁹¹⁾

사법병동의 운영비용과 관련해서는 2000년 일본의 독일 사법정신병원 방문보고에 따르면, 정신병원 수용처분 비용은 1인당 1일 400마르크 내지 500마르크(Deutsche Mark, DM, 2002년 환율로 1EURO는 1.9555DM이고, 1EURO는 2015. 9. 25. 현재 1,329원이어서 약 27만 원 내지 34만원)으로 일반 교도소 수용비용에 비해 4배 가량 높은 비용이 들었다.¹⁹²⁾ 한편 2015년 기준으로 독일 바덴-뷔르템베르크 에머딩겐 주립병원 내 사법병동의 수용환자 1인당 비용은 1일 250EURO(한화로 약 33만 원) 정도 든다.¹⁹³⁾

나. 사법병동 관련 규율과 실제

(1) 독일형행법의 규정

독일형법 제63조 및 제64조에 따른 정신병원 및 금단치료소 감호처분에 따라 그

191) N. Leygraf, Der Maßregelvollzug und die Aussetzung der Maßregelvollstreckung zur Bewährung-Anmerkungen aus psychiatrischer Sicht, In: H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf, H. Saß (Hrsg.), Handbuch der Forensischen Psychiatri (Band 1), Steinkoff: Heidelberg, 2007, S.340-348.

192) 町野・朔・中谷・陽二・山本・輝之 編, “觸法精神障害者の處遇”, 信山社, 2005, 349頁.

193) 권수진, 독일 국외출장 보고서, 한국형사정책연구원, 2015, 3면.

처분대상자가 입원하는 병원이나 치료소를 앞에서 소개한 사법병동(또는 사법병원)이라 볼 수 있다. 독일 행형법에서 자유형 및 보안처분의 일종인 보안감호를 위한 수용은 주 행형시설에서 집행된다고 규정하고(독일 행형법 제139조), 보안감호에 대한 집행은 다른 규정이 없으면 자유형의 집행에 관한 규정을 적용하도록 하고 있다(독일 행형법 제130조). 그러나 정신병원 감호처분이나 금단치료소 감호처분 수용자에 대해서는 의사의 처우에 따른 치료, 보호 및 간호나 상습성 치료를 규정하고 있을 뿐이고(독일 행형법 제136조 및 제137조), 정신병원이나 금단치료소의 수용은 연방법률에 다른 규정이 없는 한 주법에 따르도록 하고 있다(독일 행형법 제138조 제1항). 다만 정신병원 감호처분을 받은 사람도 행형법 제109조 내지 제121조에 따라 법원 형집행부에 개별 사건의 조치에 대한 구제신청을 하고 재판을 받을 권리를 보장받는다(독일 행형법 제138조 제3항).¹⁹⁴⁾

(2) 정신병원 감호처분의 집행과 석방

1980년대 독일 정신병원 감호처분집행의 실무를 연구한 라이그라프(Leygraf)는 수용자들이 황폐하고 음울한 수용처우 상황에 처해 있음을 보여주고, 정신병원 감호처분의 문제점으로 i) 무기한 수용처분이 주는 기약 없는 체류, ii) 수용계속의 심사에 있어 비례성에 어긋나는 판단, iii) 정신병원 체류기간의 증가 등을 지적하였다.¹⁹⁵⁾

특히 그는 1990년대 이후 지난 20년 간 2배 이상 증가된 정신병원 감호처분 수용자의 이유로는 단순히 감호처분의 증가나 체류기간의 증가에 있는 것이 아니라 퇴원(석방)에 있어서 보다 엄격한 기준들이 적용되고 있음을 지적하였다.¹⁹⁶⁾

정신병원 감호처분 대상자의 석방(퇴원)은 i) 처분 목적의 달성(치료나 병세의 차도로 인한 병적 정신상태의 소멸)이 있는 경우, ii) 매년 계속입원 여부 심사에서 사회적 재편입을 위해 석방에 따른 위험이 받아들여질 수 있을만큼 위법한 범행을 하지 않을 것이라 기대되는 경우, iii) 집행 중 진단의 착오나 속임에 의해 정신과적 질병이 있는 것처럼 잘못 인정된 경우에 이루어질 수 있다.¹⁹⁷⁾

194) 클라우스 라우벤탈, 앞의 책, 584면.

195) Leygraf, Psychisch kranke Psychisch kranke Straftäter-Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs, Berlin, 1988, S. 183, 115 ff.

196) 클라우스 라우벤탈, 앞의 책, 531면.

197) 클라우스 라우벤탈, 앞의 책, 532면.

(3) 바덴-뷔르템베르크 주의 정신병원 감호처분 환자의 규율

앞서 본 바와 같이 정신병원 감호처분 환자의 규율은 각 주 법률에 의해서 규율되기 때문에 각 주마다 별도의 정신질환자 수용법 등에 정신병원 감호처분 환자에 대한 규정을 마련해 놓고 있다. 이하에서는 독일의 바덴-뷔르템베르크 주의 정신질환에 대한 조력 및 보호수단에 관한 법률(이하 '정신질환자법'이라 한다) 제4장의 보안처분 관련 규정의 내용을 통해 정신병원(사법병동) 또는 금단치료소 내에서 수용자의 규율 방식이 어떠한지 살펴보도록 한다.¹⁹⁸⁾

1) 수용자 규율의 목적과 방식

① 적용범위 : 정신병원 및 금단치료소 감호처분 집행에 적용(제32조 제1항)

② 목적(제33조) :

- i) 치료를 통해 수용자가 위험하지 않거나 사회복귀가 가능할 정도로 치유 또는 호전될 것
- ii) 금단치료소 수용자는 습벽이 치유되어야 함
- iii) 수용자 인신확보를 통한 공공의 안전을 목적으로 함
- iv) 수용자에 대한 독자적 생활능력을 확보하고 가족 및 사회적 접촉을 지지 및 유지하며 직업군으로의 편입을 도모함
- v) 보안처분의 집행은 일반적 생활관계를 최대한 반영하고, 자유박탈에 따른 유해한 결과는 지양되어야 하며, 목적은 최대한 단시간 내 도달하여야 함

③ 치료기관(제34조) :

- i) 치료 및 보호는 정신병원 설치에 관한 법률에서 규정된 정신병원 및 금단치료소에서 시행
- ii) 석방 후에는 사회심리치료사, 정신과 전문의 등의 전문가에 의해 제공되는 조력을 통해 사법외래환자센터(Forensische Ambulanz, Forensic outpatient center)에서 이루어짐
- iii) 보안처분 집행시설은 충분한 수의 전문가 및 직원을 확보해야 하고, 이들의

198) Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz-PsychKHG), Landtag von Baden-Württemberg (15. Wahlperiode), Drucksache 15 / 6129.

안전에 유의하여야 함

- iv) 미성년자와 청소년의 치료 및 보호에 있어서는 특별한 주의가 필요하고 연령별 발달단계를 고려해야 함

④ 감독기관(제35조) : 사회부가 집행감독기관임(정보수집, 지시, 보고요청, 출입권한 등 보장)

⑤ 집행의 원칙(제37조 제1항) : 수용자 개인의 자유에 대한 최소 침해와 수용목적 달성을 위한 치료 및 처우

2) 수용자의 권리와 의무

① 수용자의 의무(제37조 제2항) :

- i) 시설에서 제공하는 치료에 참여할 의무
- ii) 시설 내 안전 및 질서의 확보에 필수불가결한 조치에 응해야 함(단, 조치는 목적에 부합하고, 필요 이상의 위해를 가하는 것이어서는 안 됨)

② 수용자의 권리(제38조) :

- i) 치료 : 필수적 치료에 대한 권리(제38조, 제20조 준용), 의학적·임상적 판단에 따른 치료 및 수용자와의 협의에 따른 치료계획에 따라 진행하며, 의학적 치료에 대한 권리와 비용 일부 부담 가능(제33조)
- ii) 종교 : 종교생활을 유지할 권리는 보장되나, 치료의 강제와 시설의 안전 및 질서를 근거로 종교의 자유가 제한될 수 있음(제37조, 제24조 준용)
- iii) 작업 및 자유시간 : 사회복귀 후 취업할 능력 확보를 위한 직업치료 보장, 보안처분 집행시설 외에서 재교육 및 직업교육의 허용, 재사회화에 도움이 되는 사회적 접촉과 예술적·체육적·사회적 활동의 장려(제39조)
- iv) 면회권 : 방문객을 접견할 권리와 그 제한, 방문객을 대상으로 한 수색 및 감시 허용(기술적 장비 사용 가능 및 사전고지 의무), 변호인이나 응급 방문의 허용 및 변호인 지참 문서에 대한 내용심사 허용불가(제40조)
- v) 사적 소유 : 사복 허용, 방에 개인물품 소지 허용, 개인 비용부담으로 전화 통화를 할 권리, 단, 이동식 통신수단이나 전자정보저장장치 소지 및 운용 금지, 서신교환 및 우편물 이용, 공중파 텔레비전을 시청할 권리

(제41조)

3) 내부규율과 재정

① 내부규율의 제정(제42조)

- i) 집행담당기구는 내부규율을 마련해야 함
- ii) 물품전달 및 구입, 공간배치, 흡연 및 알코올 금지, 외출 및 면회시간, 전화통화, 자유시간 운영, 정기적인 외출, 수용자간 교류, 수용자 대표의 선임, 규칙 위반에 대한 제한 등의 내용 포함
- iii) 단, 내부규율은 법률에 의한 규정보다 수용자의 권리를 더 제한해서는 안 됨

② 재정적 보장(제45조 내지 제47조)

- i) 작업치료 근로보상금 : 작업치료의 일환으로 근로한 경우 근로보상금의 지급
- ii) 교육참여 근로보상금 : 강의 또는 직업교육 참여자에 대한 근로보상금의 지급
- iii) 급여 : 경제적 가치 있는 시설 내 근로활동에 대한 급여의 지급
- iv) 금전소비의 보장 : 준비금을 해 하지 않는 한 금전 소비 가능. 단, 시설 동의 필요
- v) 현금(용돈)의 보장 : 사회법전 제12권의 규정에 따른 개인적 소비를 위한 적정한 현금(용돈)의 지급
- vi) 계좌 개설 : 수용자의 개별 계좌 개설 및 개인자산에 대한 권리보장
- vii) 준비금 확보 : 퇴원(석방) 후 4주간 생필품 구입 가능한 준비금 마련

4) 특별 안전조치 및 즉시강제(제49조, 제25조 및 제26조의 준용)

① 특별 안전조치의 허용요건 :

- i) 안전에 대한 현재의 중대한 위험(중한 자해, 제3자의 법익 침해)
- ii) 수용자가 허가 없이 시설을 벗어나려 하는 위험이 있고, 낮은 수준의 조치로는 막을 수 없을 때

② 특별 안전조치의 내용 :

- i) 외출 제한 및 금지
- ii) 소지품 압수 또는 압류
- iii) 특별 안전공간으로의 분리(격리)

iv) 고정(강박)

v) 고정(강박)을 대체하는 역류

③ 특별 안전조치의 시행방법 :

i) 시설 내 의사에 의해 기한을 정하여 시행

ii) 전제요건이 제거되면 즉시 특별 안전조치를 해제

iii) 격리조치가 이루어질 때는 전자적 감시 필요

iv) 강박조치가 이루어질 때에는 수용자의 명백한 거부 없는 한 개별적 관리를 확보할 필요

v) 특별 안전조치 시행 및 그 사유, 종료시간의 기록

(4) 독일 각 주의 정신질환자법과 위법행위를 한 정신장애인

위법행위를 한 정신장애인에 대한 법원의 보안처분(정신병원 감호처분, 금단치료소 감호처분)은 연방법에 의해 정해지지만, 그 집행이라 할 수 있는 수용방법이나 수용자의 처우에 관해서는 연방주법에서 정하며, 그 내용은 각 주마다 다양하다. 앞서 본 바덴-뷔르템베르그 주의 정신질환자법도 여러 주의 정신질환자법(독일의 일부 주에서는 ‘수용법’이라고도 한다)의 한 예일 뿐이다.

여기서 중요한 점은 정신질환자법(또는 수용법)이 위법행위를 한 정신장애인에게만 적용되는 것이 아니라 일반 정신장애인 중 자·타해 위험이 있거나 공공질서의 안녕에 위험이 되는 정신장애인을 강제입원시키는 경우에 대해서도 적용된다는 점이다. 즉, 위법행위를 한 정신장애인이 형사적 제재로서 형벌이 아닌 보안처분으로서 정신병원 감호처분을 받더라도 교정시설에서 적용되는 행형법(또는 형집행법)이 적용되는 것이 아니라 일반 정신장애인의 병원 내 처우를 규정하고 있는 정신질환자법(또는 수용법)의 적용을 받는다. 물론 일부 규정의 경우 특별규정으로서 일반 정신장애인이 아닌 위법행위를 한 정신장애인에게만 적용되는 경우도 있지만, 독일에서는 위법행위를 한 정신장애인을 교정시설 수형자로서 처우하는 것이 아니라 병원시설 환자로서 처우하는 방향성을 가지고 있다는 점에서 한국과 차이가 있다. 즉, 한국은 치료감호소(지정법무병원 포함)에 수용된 피치료감호자에 대해 치료감호법을 적용하고, 형집행법을 준용하고 있는데, 독일은 위법행위를 한 정신장애인에 대한 정신병

원 수용처분에 있어서 일반 정신장애인에게 적용하는 각 주의 정신질환자법(수용법)을 적용하는 것이다.

다. 베를린 전문사법정신병원의 현황

앞서 본 바와 같이 독일의 각 주는 일반적으로 전문사법정신병원(Fachkrankenhaus für Forensische Psychiatrie) 또는 일반적인 정신병원 내에 특수병동으로 이루어진 사법정신병동(Fachabteilung für Forensische Psychiatrie)이 있다. 이하에서는 독일 내 전문사법정신병원 중 그 규모가 가장 큰 베를린 전문사법정신병원의 현황을 살펴본다.

(1) 수용환자와 직원의 현황

베를린 전문사법정신병원의 현황을 아래의 <표 4-10>에서 살펴보면, 2009년 이후 524개 이상의 병상에 544명의 정신장애인이 수용되기 시작하여 수용된 인원이 과밀한 것을 알 수 있다. 아울러 병원 내 580명의 직원과 573명의 수용인원(2012년 기준)이 거의 1 대 1의 비율을 유지하고 있음을 알 수 있다. 2012년 수용인원 기준 의사대 환자의 비율을 보면 의사 1명 당 수용 환자 약 14명으로, 한국 내 치료감호소 의사대 환자 비율인 의사 1명 당 수용 환자 약 100명보다 7배 가량 적다.¹⁹⁹⁾ 즉, 한국에 비해 독일은 의료진이 담당하는 수용 환자의 수가 7배 가량 적은 것이고, 이는 진료의 질을 수준 높게 보장하고 있다는 의미이기도 하다.

199) 의사 정원 기준으로는 한국 치료감호소가 17명이나 2015. 8. 27. 치료감호소 업무현황 기준으로 의사 인원은 12명으로 결원이 5명임(정원 외로 별도의 전공의 7명과 공중보건의 2명이 있으나 포함하지 않음)

〈표 4-10〉 베를린 전문사법정신병원 병동 구성 및 인적 구성과 수용현황

병상구성	병동	대상자	병실수	병상수
	1	위법행위를 한 정신장애인	6	131
	2		4	126
	3		4	148
	4	중독자	4	95
	5	청소년	2	24
	합계		20개	524개
인적구성	직종	인원	직종	인원
	의사	40명	사회복지사	18명
	간호사	416.5명	작업치료사	28명
	심리학자	17.5명	인원합계	580명

출처 : 이곤호, “독일의 정신장애범죄자에 대한 사회내 치료제도 연구”, 국외훈련검사 연구논문집(Ⅲ), 29, 2014, 219면의 표 1, 2를 재구성.

〈표 4-11〉 베를린 전문사법정신병원 연도별 수용현황

(단위: 명)

연도	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
수용인원	372	400	430	462	488	498	516	518	544	571	572	573

출처 : 이곤호, 앞의 논문, 220면의 표 3 참조.

한편, 수용 환자의 정신장애 유형별 분류를 보면, 정신분열병 등의 정신병(Psychosen)이 74%, 인격장애가 23%, 신경병적 장애 2%, 정신지체 1%를 차지하고 있다. 수용 환자의 범죄 유형별 분류를 보면, 생명(살인) 18%, 신체(상해) 36%, 성범죄 14%, 방화 15%, 재산 13%를 구성하고 있다.²⁰⁰⁾

(2) 석방 전후 사회 내 치료제도

위법행위를 한 정신장애인은 전문사법정신병원에 수용(입원)된 이후 몇 년에 걸친 입원으로 인해 사회적 적응능력이 떨어진다. 이러한 상태에서 퇴원을 하게 되는 경우 사회 부적응으로 인해 다시 정신질환이 악화되거나 발병하여 범죄를 저지르고 기존의 형사사법시스템으로 회전문처럼 돌아오는 경우들이 발생한다. 이러한 점을 막기 위해 독일의 일부 주에서는 입원한 정신장애인이 사회 적응력을 키울 수 있도록 석방 전후

200) 이곤호, “독일의 정신장애범죄자에 대한 사회내 치료제도 연구”, 국외훈련검사 연구논문집(Ⅲ), 29, 2014, 223면.

에 특별한 치료 프로그램을 운영한다.

그 중에 석방 전 프로그램은 2007년 10월 1일부터 시행된 베를린 전문사범정신병원 내 특별부서인 Bob'ex²⁰¹⁾ 팀(의사, 심리학자, 사회복지사, 일반직원 등 총 11명으로 구성)이 수용 환자들을 폐쇄병동(내부)에서 시작하여 폐쇄시설(외부) → 반개방시설(외부) → 개방시설(외부)로 거주장소를 점차 자율적인 공간으로 이동시키고, 외출, 휴가, 외박 등에 있어서 단계별 완화처분 등을 사용하여 최종적 프로그램 완료시까지 점점 자유의 수준을 높여 나가는 것이다.²⁰²⁾

또한 최종적 석방 이후 단계에서는 앞서 본 독일 형법상의 사범외래환자센터(Forensische Ambulanz, Forensic outpatient center)를 활용한다. 베를린 사범외래환자치료센터는 2005년 1월 개소하여 퇴원한 성범죄자, 중독범죄자, 보안처분집행병원에서 퇴원한 정신장애인을 대상으로 하고 있으며, 그 이전에는 사회치료를 위한 주거공간을 제공하기 위한 사회위탁시설(GsbW, Gesellschaft für soziales & betreutes Wohnen Sozial-therapeutisches Wohnprojekt)에서 퇴원한 정신장애인에게 주거와 사회복지를 지원한다.²⁰³⁾

3. 일본의 사범병동

가. 개관

일본의 정신보건복지법에 따르면 정신장애인 중 i) 자·타해 위험이 있는 경우에는 경찰이, ii) 범죄를 저질렀음에도 불구하고 정신장애의 의심 등으로 불기소되거나 재판이 확정(실형 등은 제외)된 경우에는 검찰이, iii) 보호관찰 중에 정신장애의 의심이 있는 경우에는 보호관찰소장이, iv) 교정시설 내의 정신장애 수형자나 그 의심이 있는 수형자를 석방, 퇴원, 퇴소 등을 시키려고 하는 경우에는 교정시설의 장이 위 각 기관에서 도도부현 지사에게 통보를 하여 정신보건 지정의의 평가를 거쳐 도도부

201) Bob'ex는 병원 내외의 위법행위를 한 정신장애인과 환자를 위한 특별조직팀(Besonderer organisatorischer Bereich für extern und in Außenstellen untergebrachte forensisch-psychiatrische Patientinnen und Patienten)의 약자임(<http://www.parlament-berlin.de/ados/17/Haupt/vorgang/h17-0693.D-v.pdf>, 2015. 9. 20. 최종방문).

202) 이곤호, 앞의 논문, 224-228면.

203) 이곤호, 앞의 논문, 230-232면.

현 지사가 조치입원을 행할 수 있다(일본정신보건복지법 제24조, 제25조, 제25조의2, 제26조).

아울러 일본은 2005년 의료관찰법 시행 이전까지는 형사법절차상 보안처분제도를 마련하지 않아 교도소(형무소) 또는 정신병원(지정된 정신병원만 해당)이 위법행위를 한 정신장애인의 수용을 담당하였다. 즉, 보안처분 없이 형벌의 일원화로 인해 위법행위를 한 정신장애인은 교정시설인 교도소 아니면 정신의료시설인 정신병원, 둘 중의 한 곳에 수용되었다.

그러나 위법행위를 한 정신장애인이 교도소에 수용되는 경우 교도행정에 잘 적응하지 못할 뿐만 아니라 교도소 내 치료적 조치도 제한되어 있어 문제점으로 지적되었고, 정신병원에 입원되는 경우에도 일반 정신장애인 입원환자에 비해 처우가 어려운 점 등을 들어 민간 정신병원 입장에서는 조치입원 환자를 쉽게 퇴원시키려는 경향이 있었다. 이러한 문제점을 고려하여 2005년 시행된 의료관찰법은 교도소와 정신병원이 아닌 별도의 의료관찰법 병동을 마련하였다.

이하에서는 먼저 교정시설의 하나로서 만들어진 일본의 의료형무소에서의 정신과 문제를 검토하고, 다음으로 의료관찰법 병동의 현황을 살펴본다.

나. 일본 기타큐슈(北九州) 의료형무소

(1) 시설 및 인력

일본 기타큐슈 의료형무소는 1946년 설립된 일본에서 가장 오래된 의료형무소로 2003년 부지이전(총 부지면적 76,345㎡) 및 건물신축이 완공되어 후생노동성으로부터 진료동과 두 개의 처소동을 정신과 병동으로 인가 받았다. 기타큐슈 의료형무소는 2007년 4월 1일 기준으로 직원 정원 125명(소장-의사 1명,公安직 간부 직원 18명, 간부 이외公安직 직원 85명, 소장 이외의 의사 4명, 간호사 12명, 약사·영양사 1명, X선 기사 1명, 임상검사기사 1명, 행정직 1명, 비상근직원 11명, 민간기업 파견직원 9명)이고, 총수용정원은 300명이다. 다만, 2008년 당시 정신과 의사 3명과 간호사 12명이 근무하였다.²⁰⁴⁾

204) 佐藤誠, “日本の触法精神障害者の処遇制度-主として刑事施設内の処遇を中心として”, 精神障害者による危害行為の対策 第1回日中犯罪学学術シンポジウム報告書, 2008, 64頁.

건물 부지에는 잔디밭과 소프트볼을 할 수 있는 운동장이 있고, 건물은 단층으로 두고, 건물들 사이에 녹지를 조성했으며, 복도와 거실에는 햇빛이 들어오도록 설계하였고, 자·타해 우려가 있는 수형자를 수용하는 보호실 10개가 마련되어 있고, 진료구역의 대합실·진료실·처치실·집중치료실 등은 일반병원과 동일하게 설계되었다. 안뜰에는 신체 기능이 저하되거나 자폐증 환자를 위한 작은 운동장이 마련되어 있다.²⁰⁵⁾

(2) 수용대상자

기타큐슈 의료형무소의 총 수용정원 300명 중 정신장애 수형자 정원은 230명이고, 경리작업(經理作業)종사 수형자 정원은 70명이다. 기타큐슈 의료형무소 수용대상자는 오카야마현 서부의 교정시설에 수용되어 있는 성인 남자 중 징역형이 확정된 수형자로서 정신질환 때문에 전문시설에서 치료가 필요한 사람이었다. 2005년과 2006년에는 50명 내지 60명이 입소하였고, 비슷한 숫자가 출소하였다.²⁰⁶⁾

출소자 중 ‘자·타해의 우려가 있어’ 정신보건복지법의 규정에 근거하여 조치입원된 자는 2005년 13명, 2006년 17명이었고, 출소자 전원은 형기 만료로 인한 출소였다. 경리작업 종사 수형자는 범죄 경향이 진행되지 않는 초범 수형자이며 큐슈의 각 시설에서 이송되었다. 또한 최근 몇 년간 전국적인 과잉 수용에 대처하기 위해서 초범 수형자 50명 정도가 수용되었다. 2007년 7월 31일 기준 수용인원은, 정신장애 수형자 110명, 기타 수형자 122명으로 합계 232명이다.²⁰⁷⁾

(3) 치료 및 처우

기타큐슈 의료형무소에서는 의료형무소 내 처우심사회에서 병세의 개선에 맞게 처우가 결정된다. 정신분열증 및 간질 등 협의의 정신질환에 대해서는 약물 투여가 중심이 된다. 작업 특히 공장 노역은 대인 스트레스 등에 의해 병세를 악화시킬 가능성이 있어 신중한 판단이 요구되나, 출소 후의 병원이나 가정에서의 생활을 고려하여 최종적으로는 공장 노역을 목표로 하여 처우를 실시하고 있다. 각성제를 주로 한 중독 정신병자에 대해서는 약물 투여로 병적 체험의 소실 및 흥분성·충동성의 진정을

205) 佐藤誠, 前掲書, 66頁.

206) 佐藤誠, 前掲書, 68頁.

207) 佐藤誠, 前掲書, 69頁.

피하고 있고, 공안직 직원에 의한 개선 지도, 생활 지도 및 조기의 공장 노역도 중요한 치료수단이다.²⁰⁸⁾

의료형무소 내에서 정신장애 수형자의 형무작업은 형벌로서 징역형을 받은 것으로 노역의무가 있다. 작업내용은 종이 세공과 요업이며, 방 안에서의 작업과 공장에 나가는 노역의 비율은 거의 6대 4이다. 작업 지정은 장애의 종류·정도, 발병 전의 발달 정도, 연령 및 합병증의 유무 등을 고려하여 개별적으로 실시하고 있는데, 정신장애를 이유로 작업에 종사하고 있지 않는 사람은 상시 7~8명에 불과하다. 정신장애 수형자가 작업에서 얻는 포상금은 공장 출역자의 경우 월 평균 3,371엔, 방 안에서 작업한자의 경우 2,065엔이다.²⁰⁹⁾

정신장애 수형자의 위반행위에 대해서는 그 성질, 경중, 동기 등에 비추어 징벌을 부과하고 있다. 2006년 징벌 건수는 46건이었다. 징벌사례에 대해서는 정신과 의사의 신중한 판단을 요구되고 사안과 병세를 종합적으로 감안하여 징벌이 부과된다.²¹⁰⁾

다. 의료관찰법병동

(1) 의료관찰법병동 설립의 배경과 시행경과

앞서 본 일본의 의료형무소는 교정시설의 하나로서 정신과 의료에 중점을 둔 형무소일 뿐 병원이라 보기는 어렵다. 따라서 징역형의 집행을 당하는 상황이기 때문에 위법행위를 한 정신장애인은 법적으로 수형자로서 대우될 뿐 치료의 대상자인 환자로서 대우될 수 없으며, 노역의 의무나 징벌 등도 당연히 여기게 된다. 아울러 형사사법 시스템 내에 별도의 강제의료시스템을 실현하고자 할 때 그 집행이라 할 수 있는 정신과 의료가 교정시설 내에서 이루어지는 것보다는 서구 유럽이나 미국과 같이 별도의 병원시스템 하에서 이루어지는 것이 효율적이고 이상적이라는 생각이 작용하여 국·공립 정신병원에 사법병동인 의료관찰법 병동을 마련하게 되었다.

후생노동성은 국·공립 병원 가운데 일부를 지정입원의료기관으로 선정하여 30병상 이내의 전문병동을 전국에 24개소 총 720병상(국가 420병상, 도도부현 300병상)을

208) 佐藤誠, 前掲書, 70頁.

209) 佐藤誠, 前掲書, 71頁.

210) 佐藤誠, 前掲書, 72頁.

설치하려고 하였다. 2005년 의료관찰법 시행 원년에는 10개소 280병상에서 시작하였고, 2010년 3월 1일에는 20개소 320병상으로 늘어났으나 계획대로 720병상을 마련하지는 못하였다.²¹¹⁾ 그러나 이후 계속적으로 지역 내 사법병동인 의료관찰법병동을 마련하여 2015년 3월 9일 기준으로는 31개소에 808병상을(국가 487병상, 도도부현 321병상) 확보하였다.²¹²⁾

(2) 의료관찰법병동의 기준

일본의 의료관찰법병동의 가이드라인에 따르면, 의료인력과 시설에 관하여 다음과 같은 기준을 제시하고 있다.²¹³⁾

〈표 4-12〉 일본 의료관찰법병동(지정입원의료기관)의 인력 및 시설기준

유형	의사 기준	간호사 기준	병실 기준
일본 의료관찰법병동 ²¹⁴⁾	환자 8명당 1인	낮 : 환자 1.5명당 1인 (밤 : 환자 6인당 1인)	1인 1실(10㎡ 이상) 33병상 이상 (운영병상 30개, 예비병상 3개) ²¹⁵⁾
	병원시설 기준	기타인력기준	퇴거제한 기준
	진찰실(최소 2개) 처치실 보호실(10㎡ 이상) 집단정신요법실 작업요법실 식당·면회실 등	병동전속사무직원배치 (비상근포함) 야간경비원배치	현관이중구조 창설비구조및재질의 적절성 병동내외안전관리체계정비

출처 : 일본 지정입원의료기관 운영가이드라인

211) 緒方あゆみ, “心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて”, 法学研究 89号, 2010, 64-65頁.

212) 후생노동성 홈페이지 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sinsin/iryokikan_seibi.html (2015. 9. 30. 최종방문)

213) 일본 의료관찰법병동의 의사, 간호사, 시설 등의 각 기준은 일본의 “지정입원의료기관운영 가이드라인(指定入院医療機関運営ガイドライン)”을 참조(http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/guideline_nyuin_unei2012.pdf, 2015. 9. 15. 최종방문).

214) 2015. 3. 9. 기준 위법행위를 한 정신장애인이 의료관찰법에 따라 입원이 가능한 국공립 정신병원인 지정입원의료기관을 의미.

215) 병상 16개 등으로 구성된 소규모 병동에 관한 규정도 별도로 있고, 이 경우에는 기존병동의 개수(改修)도 가능.

위와 같은 일본의 의료관찰법병동(지정입원의료기관)의 기준을 보면 의사인력의 강화가 눈에 띄며(우리 정신보건법의 경우 정신과 의사 1인당 환자 60명으로 일본 의료관찰법병동에 비해 7배 이상 많은 환자진료 부담을 가지고 있다), 간호인력에 있어서도 많은 인원을 확보하고 있다(우리 정신보건법의 경우 간호사 1인당 입원환자 13명이 기준임).

(3) 의료관찰법에 따른 수용자의 처우

1) 의료적 조치

의료관찰법은 대상자에 대한 의료적 처우를 그 목적으로 한다. 이에 따라 의료관찰법은 구체적으로 진찰, 약제 또는 치료재료의 지급, 의학적 처치 및 그 밖의 치료, 주택 및 병원에서의 입원, 영양상 돌봄과 간호, 이송 등을 규정하고 있다(의료관찰법 제81조).

2) 강제적 행동제한 등

지정입원의료기관의 관리자는 입원한 의료관찰법 환자에 대해 의료 또는 보호에 필요한 한도 내에서 행동을 제한할 수 있지만, 편지수발의 제한, 변호사 및 행정기관 직원과의 면회 제한 등 후생노동대신이 정한 것에 대해서는 제한할 수 없으며, 환자의 격리나 그 밖의 행동제한도 지정입원의료기관에 근무하는 정신보건지정의가 필요하다고 인정한 경우가 아니면 할 수 없다(의료관찰법 제92조).

3) 기타 처우

그밖에 입원한 의료관찰법 환자에 대해서는 후생노동대신이 그 처우에 관하여 사회 보장심의회의 의견을 들어 그 기준을 정할 수 있고, 지정입원의료기관 관리자는 그 기준에 따라야 한다(의료관찰법 제93조). 이에 따라 후생노동성에서는 입원처우와 통원처우에 대한 가이드라인을 제시하고 있는데, 입원처우에 있어서는 사회복귀와 인권배려, 다직종팀에 의한 양질의 투명한 의료제공을 목표로 하고, 입원치료의 방식을 급성기 치료, 회복기 치료, 사회복귀기 치료로 나누어 대처하고 있다.²¹⁶⁾

216) http://kansatuhou.net/10_shiryoshu/pdf/4_nyuinshoguu_guide.pdf (입원처우 가이드라인)(2015. 9. 30. 최종방문).

(4) 의료관찰법병동 현황

1) 의료관찰법 병동 입원대상자 현황

2014년 12월 31일 기준으로 각 의료관찰법 병동에 입원해 있는 환자의 상태와 성별, 질병내역을 <표 4-13>에서 보면, ‘급성기 → 회복기 → 사회복귀기’ 중 회복기 환자들이 가장 많음을 알 수 있다. 아울러 위 각 단계별로 환자 개인의 병실에 들 수 있는 물품이 더 많이 보장되고, 단계가 올라갈수록 더 많은 자유가 주어지는데, 이는 향후 지역사회복귀를 좀 더 수월하게 이행하기 위해서 이기도 하다.²¹⁷⁾

<표 4-13> 의료관찰법 병동 입원환자 단계별 내역(2014. 12. 31. 기준)

(단위: 명)

단계별	남성	여성	합계
급성기	92	25	117
회복기	276	103	379
사회복귀기	220	56	276
합계	588	184	772

출처 : 후생노동성 홈페이지

<표 4-14>를 보면, 의료관찰법 병동에 입원한 환자의 약 84%는 통합실조증(우리의 정신분열병인 조현병에 해당)이 차지하고 있는데, 이는 약물치료 적응성이 있어 치료 가능성 요건을 갖추 수 있기 때문에 의료관찰법 심판에 많이 회부되기 때문이다. 그러나 인격장애·정신지체·알코올중독 등은 약물치료가 큰 효과가 없어 소수를 차지한다. 참고로 우리 치료감호소의 경우 입원환자의 50% 가량이 정신분열병을 가지고 있다.²¹⁸⁾

217) 후생노동성 홈페이지(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sinsin/nyuin.html, 2015. 9. 30. 최종방문).

218) 2015. 8. 27. 기준 치료감호소 업무현황 중 피치료감호자 1,078명(2호 처분자 71명 제외) 중 정신분열병 530명으로 49.16%임.

〈표 4-14〉 의료관찰법 병동 입원환자 질병분류(2014. 12. 31. 기준)

(단위 : 명)

질병분류별	남성	여성	합계
F0 증상을 포함하는 기질성 정신장애	8	1	9
F1 정신작용물질 사용에 의한 정신 및 행동의 장애	40	7	47
F2 통합실조증, 통합실조형 장애 및 망상성 장애	501	145	646
F3 기분(감정)장애	16	22	38
F4 신경증성 장애, 스트레스 관련 장애 및 신체표현성 장애	2	3	5
F5 생리적 장애 및 신체적 요인에 관련한 행동장애	0	1	1
F6 성인의 인격(personality) 및 행동의 장애	4	1	6
F7 정신지체[지적장애]	5	3	8
F8 심리적 발달의 장애	11	0	11
F9 상세불명의 정신장애	1	0	1
합계	588	183	772

출처 : 후생노동성 홈페이지

(5) 지정입원의료기관 및 지정통원의료기관 현황

일부 현에 있는 국립병원기구들이 의료관찰법에 의한 지정입원의료기관으로 지정되면서 최소 17병상(나가다현 국립병원기구 코모로고젠병원 등)에서 최대 66병상(국립정신신경의료연구센터병원)을 가진 국립병원 15개소가 의료관찰법 병동으로 활용되었다. 도도부현에서는 최소 5병상에서 최대 33병상을 가진 도도부현립 정신의료센터 등 17개소가 활용되고 있다.²¹⁹⁾

지정통원의료기관으로는 2014. 12. 31. 기준으로 병원 450개소, 진료소 40개소, 약국 2,433개소, 정령 1조에 따른 방문간호 183개소 합계 3,106개소가 지정되었다.²²⁰⁾

(6) 의료관찰법에 따른 입원조치 등

의료관찰법 시행 이후 2013년까지의 대상자에 대한 종국처리결과는 다음과 같다.

219) 후생노동성 홈페이지(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sinsin/iryokikan_seibi.html, 2015. 9. 30. 최종방문). 2015년 3월 9일 현재. 병상정비의 현재 상황은 808병상(국가 관련 487병상, 도도부현 관련 321 병상).

220) 후생노동성 홈페이지(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sinsin/iryokikan_sitei.html, 2015. 9. 30. 최종방문).

〈표 4-15〉 의료관찰법 1심 심판 종국처리 현황(2005. 7. 15. - 2013. 12. 31.)

(단위 : 명)

◇ 종국 처리 인원 총수	3,107
• 입원결정	1,986
• 통원결정	464
• 의료를 하지 않는다는 결정	523
• 각하	
- 대상행위를 한 것으로 인정할 수 없다	9
- 심신상실 등이 아니다	100
• 취하	23
• 신청 부적법에 의한 각하	2

출처 : 후생노동성 홈페이지(범죄백서의 각 년마다의 데이터를 의료관찰법 의료체제정비추진실에서 합계한 것임)²²¹⁾

〈표 4-15〉를 보면, 지난 8년 5개월 가량 일본 의료관찰법에 따른 심판은 총 3,107명에게 이루어졌고, 그 중 1,986명이 입원이 강제되었고, 그 비율은 64%로 3명 중 2명이 입원이 강제되었음을 확인할 수 있다. 그 밖에 통원결정은 15% 정도이고(464명/3,107명), 의료를 하지 않는다는 결정도 17% 정도에 이른다. 입원이나 통원이 결정된 대상자의 비율은 79%로, 5명 중 4명은 입원이나 통원결정이 이루어진 셈이다.

4. 국내외 상황의 시사점

가. 정신보건법정

앞서 본 주요국의 정신보건법정, 정신보건 다이버전(전환 프로그램), 치료명령제도 등과 국내의 형사재판 과정에서의 피고인에 대한 치료적 조치들은 현재의 형사사법시스템이 가진 한계 극복을 위한 노력으로 볼 수 있다. 재판과정과 형벌집행 과정에서 피고인이 자신의 행위를 되새겨 볼 기회나 능력이 주어지지 않는다면 범죄는 반복될 수밖에 없다. 그러나 여러 나라의 정신보건법정, 정신보건 다이버전, 치료명령제도 등은 이러한 기회나 능력을 부여하고자 노력한다. 치료라는 것이 결국 어떠한 능력을 가지게(회복하게) 하는 것이고, 기회라는 것은 실패하거나 그냥 지나가버릴 수도 있지만 그래도 사람의 권리로서 어떻게든 선택지로 부여되어야 하는 것이라면 치료를

221) 후생노동성 홈페이지(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sinsin/kettei.html, 2015. 9. 30. 최종방문).

통한 능력과 기회의 부여는 형벌이나 보안처분 등의 형사적 제재가 가지는 근본적 목적인 ‘치유(治癒)’에 접근하는 것이다.

형사사법제도 내에서 형사피고인의 치유를 제도적 형태로 도입하고자 한다면 우리 형사사법체계에서는 영미법계의 정신보건법정보다는 대륙법계와 같이 일반형사법원에서 피고인의 동의를 전제로 하여 치료명령을 발령하는 형태가 더 효율적이라 할 것이다. 또한 일반형사법원 내에서 치료명령을 발령한다고 할 때 전문성의 부족, 정신과 감정의의 활용 미비 등을 우려한다면 일반형사법원 내 치료명령 전담부(또는 정신건강 전담부)의 형태로 운영하여 위법행위를 한 정신장애인 사건을 (재)배당, 이송 등의 형태로 넘기는 것도 한 방법이 될 수 있다.

만약 정신보건법정을 전문법원의 형태, 예컨대 소년사건을 전담하는 소년법원이나 가정폭력사건을 전담하는 가정법원 내 전담부처럼 만들고자 한다면 이는 일반 형사법정에서 가정법원 내 정신보건전담부로 이송하는 다이버전(전환)의 형태가 될 것이다. 이 경우에는 소년법에 따른 소년사건이나 가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법이 정한 가정보호사건과 유사하게 정신보건법정에서 판사가 형사처별적인 조치가 아닌 치료명령이나 수강명령 등을 통해 법원의 후견적 조치로서 재범 위험성을 막는 다양한 조치들을 마련해야 한다.

나. 사법병동

정신보건법정과 달리 사법병동은 이미 1987년 치료감호소(국립법무병원)의 개소나 2015년 지정법무병원의 운영으로 우리 사회가 이미 경험하고 있다. 그러나 외국의 사법병동들과 달리 우리의 사법병동(치료감호소 및 지정법무병원)은 근본적 목적을 잊고 있는 것이 있다. 그것은 사법병동 내의 사람들은 수형자가 아닌 치료대상자라는 것, 그들은 격리가 아니라 치료를 목적으로 그 곳에 있다는 점이다.

먼저, 위와 같은 목적을 잊은 나머지 치료감호소나 지정법무병원의 피수용자들을 교정시설의 수형자와 같이 다루어도 된다는 생각에 치료감호법령에 명시적 근거가 없는 다양한 형태의 행동제한과 기본권제한이 이루어지고 있는데, 이는 외국의 사법병동이 구금시설이 아닌 병원으로서의 역할을 강조하는 것과 비교된다. 특히, 독일이나 일본의 경우 앞서 본 바와 같이 사법병동(또는 의료관찰법병동)에 적용되는 규율을

형집행법(또는 행형법)에 의탁하지 않고 독자적 법령에 근거를 두어 행동과 기본권제한을 하고 있는 점에서 비교된다.

다음으로, 우리의 사법병동, 특히 지정법무병원제도는 그 시행초기라는 점과 아울러 향후 3-4개의 지역의 국립정신병원을 지정법무병원으로 추가로 활용할 계획이 있는 점을 고려해 볼 때 그곳을 국가에서 치료감호소와 동일시하는 것은 곤란하다. 이유는 지정법무병원은 그 이전부터 병원으로서 정신보건법의 적용을 받고, 그에 걸맞는 의료진과 시설을 갖추고 있기 때문이다. 즉, 지정법무병원은 일반환자와 달리 사법환자를 입원시키고 있지만 엄연히 병원, 정신병원으로서의 지위를 유지해야 하기 때문이다. 즉, 지정법무병원은 인력이나 시설면에서 적어도 일반정신병원보다 낮은 기준을 책정해서는 안 된다는 것이다. 특히, 독일이나 일본의 사법병동(또는 의료관찰법병동)은 일반 정신병원보다 더 많은 인력과 시설 및 비용을 투여하고 있다는 점을 고려한다면 치료감호소나 지정법무병원을 정신보건법상의 정신병원보다 낮은 기준으로 만들 수 있다고 생각하는 것은 사법병동에 대한 의도적인 무지(無知)를 보여주는 것이다.

끝으로, 사법병동은 교정시설이 병원을 품는 것이 아니라 병원이 교정시설을 품는 것이기 때문에 병원의 대접을 받아야 하고, 그 수용자 또한 환자의 대접을 받아야 한다. 죄수와 감옥의 관계에서 환자와 병원의 관계로 전환시키는 것이 근대 사법병동의 목적이면서 동시에 치료와 사회복귀의 전제가 되는 것이다. 우리의 사법병동은 이제야 이러한 전환의 시기를 맞이하고 있다.

제5장

KOREAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY

전문가 의견조사

권수진 · 신권철

전문가 의견조사

제1절 의견조사에 대한 분석

1. 의견조사 개관

정신보건법정과 사법병동은 외국에서 최근에 도입된 제도들이어서 외국의 이와 같은 제도에 대한 국내 실무가나 전문가의 반응이 어떠한지 그 의견을 들을 필요가 있다. 정신보건법정과 사법병동은 아직 국내에 그 개념이나 내용이 많이 소개되지 않아 법조인이나 의료인에게 익숙하지 않은 내용이지만 형사재판이나 정신의료에 있어 서비스를 제공하는 전문가 입장에서는 어떤 방향성을 제시해 줄 수 있다고 보아 전문가 의견조사를 시행하였다.

먼저 법조인(변호사)과 의료인(정신과 전문의) 및 장애인권 관련 실무자에게 총 다섯가지의 질문(범죄와 정신질환의 관련성 여부, 정신질환으로 인한 범죄의 구체적 문제점, 현행 치료감호제도에 대한 의견, 정신보건법정에 대한 의견, 사법병동에 대한 의견)을 제시하고, 법조인 또는 의료인 등의 전문가 입장에서 의견을 제시해 줄 것을 요청하는 전문가 의견조사를 하여 변호사 5인(전직 판사 1인, 전직 검사 1인 포함), 정신과 전문의 3인, 장애인권 실무자 1인 총 9인으로부터 회신을 받았다.

전문가들의 의견회신(이하, '전문가 회신'이라 한다)시 요청한 것은 피고인(피의자)이나 환자를 만났을 때 느꼈던 경험과 국가사회적으로 필요한 조치들이 어떤 것인지 제시해 달라는 것과 현재의 제도(위법행위를 한 정신장애인에 대한 재판과 정신과 의료)가 가진 문제점과 개선방안을 제시해 달라는 것이었다. 이하에서는 의견조사에서 나온 내용들 중 중요한 사항을 분석하여 검토해 보고자 한다.

2. 의견조사 분석

가. 정신질환과 범죄와의 연관성 여부

전문가 회신 내용을 보면, 변호사들 중 일부의 경우 재판(판사)이나 변론, 상담과정에서 i) 폭력범죄나 약물범죄를 저지른 피고인들 중 일부가 정신질환과 관련이 있다는 의견, ii) 우울증이나 피해망상 등이 범죄의 동기나 계기가 되는 사례의 경험, iii) 국선변론 등에서 심각한 알코올의존(치매 및 환각 등 포함)으로 인한 범행 기억 부인 또는 심각한 충동장애와 우울증, 지적장애가 성범죄나 방화범죄로 이어진 사례의 경험, iv) 음주상태에서의 범죄행위가 반복된 사례의 경험 등이 제시되었다.

이러한 변호사들의 경험적 사례들에 비하여 다른 한 변호사는 정신질환과 범죄의 연관성을 부정하면서 그 근거로 정신질환의 분류와 병명이 다양하고, 폭넓은 행동문제와 심리문제를 포함하고 있어 정신질환에 대한 사회적 편견과 오해가 심각하다고 보고 있다. 한 장애단체 실무가도 대중매체(언론, 영화, 드라마)로 인한 정신장애인에 대한 공포가 범죄와의 연관성을 강화시키고, 정신질환에 대한 의료적 관리의 강화가 인권을 제한하는 시스템을 만들어내고 있음을 지적하고 있다.

의료인(정신과 전문의)들은 정신질환과 범죄 사이의 연관성을 과학적으로 규명하고자 하는 모습을 보인다. 예컨대, 반사회적 인격장애로 인한 범죄는 약물치료 등의 대상이 되지 않으므로 정신질환과 연관시키기 어렵고, 정신질환에 대한 치료가 범죄를 줄일 수 있다는 논리가 거꾸로 범죄가 정신질환과 연관이 있다는 논거가 될 수 있음을 지적한다.

위의 내용을 보면, 전반적으로 정신질환자나 범죄피의자(피고인)를 경험한 전문가들은 개인의 정신적 상태가 어느 정도 범죄의 계기나 원인이 될 수 있음을 인정하고 있다. 다만 그 대응책이 어떤 것이 될 지는 다양해 보인다. 그 대응책이 치료와 사회적 안전을 병자한 사회적 격리와 배제가 될 것인지, 아니면 사회적 통합과 포섭을 목적으로 한 치료와 서비스가 될 것인지는 정신질환과 범죄를 바라보는 사회적 인식과 태도에 따라 달라질 수 있다.

나. 현재 정신질환 범죄에 대한 구체적 문제점

전문가 회신 내용 중 변호사들의 지적은 다음과 같았다.

- i) 정신질환 범죄의 사회적 위험성만 강조하는 강경한 형사처벌은 책임원칙에 반하고, 치료가 없는 격리만으로는 향후 위험성을 줄일 수 없다는 점에서 적절치 않으며, 보조적으로 치료처분을 활용하는 것조차도 현재의 사회방위적 여론 때문에 남용 우려가 큼을 지적하는 견해
- ii) 정신질환 범죄의 숫자나 비율이 미미함에도 사회적 편견과 차별로 인해 정신질환자에 대한 이해와 배려의 부족으로 제때에 치료를 못받는 경우도 있으나 강제의 치료명령보다는 수감자나 피고인의 선택에 의한 치료제도의 도입 필요성을 강조하는 견해
- iii) 정신질환 범죄에 대해 소수의 치료감호 청구 외에는 모두 형사처벌로 일관되어 있어 피고인이 정신질환을 치료받을 수 있는 특별한 선택지가 거의 없다는 점을 지적하는 견해
- iv) 구속재판기간 및 수감기간 중 피고인(수형자)이 정신과적 치료를 받을 기회가 사실상 거의 없다는 점을 지적하는 견해
- v) 알코올중독자나 성범죄자에 대한 특별한 치료수단이 부족함을 지적하는 견해 등이 제시되었다.

의료인들의 의견회신을 보면 i) 정신질환 범죄의 문제는 형사처벌보다는 의료적 치료와 관리로써 지역사회 내 돌봄과 연계하여 이루어져야 함을 강조하기도 하고, ii) 정신질환을 수사단계, 재판단계, 수감단계에서 총괄적으로 인식해야 함과 더불어, 전문가인 정신과 의사의 평가나 관여도 부족함을 지적하는 견해가 있었다.

다. 현행 치료감호제도에 대한 의견

현행 치료감호제도의 문제점이나 개선방안을 제시해 달라는 질문에 대해서 자문의견으로 회신된 내용은 다음과 같은 점들을 지적하였다.

- i) 강제입원기간의 단기화 및 입원계속의 필요성에 대한 수시평가 필요
- ii) 교도소 같은 환경에 있는 치료감호소는 치료환경에 부적합하고, 수형기간 이상 감금되는 치료감호제도는 차별적임
- iii) 치료감호소가 병원이 아니라 구금시설처럼 운영되고, 구금기간도 장기화되어 실제 치료적 효과에 의문이 있음
- iv) 치료감호법에 규정하지 않은 격리·강박조치(보호조치), 징벌, 보호장비 사용 등이 허용되고 있는 법령상 문제
- v) 검사의 치료감호청구에 대한 재량권과 피고인의 치료감호청구에 대한 오해(더 편하고, 빨리 퇴소한다는 오해)
- vi) 감호 필요가 없을 정도로 치유된 이후에도 가족이나 사회적 지지가 없거나 사회적 격리 필요성 등을 들어 계속 입원시킴
- vii) 유엔장애인권리협약(CRPD)에 위반되는 강제치료의 문제
- viii) 정신질환범죄는 정신질환자에 대한 지역사회 내 치료와 관리의 실패를 보여주고 있으나, 치료감호소나 정신보건센터의 인력과 예산이 부족하여 위법행위를 한 정신장애인에 대한 치료와 서비스도 부족한 실정임
- ix) 위법행위를 한 정신장애인에 대해 재판 중이나 수감 중 계속적 치료가 필요하나 시설부족, 예산부족으로 인한 의료의 질 저하 등이 있음.

위의 내용들을 보면 대체로 현행 치료감호제도가 예산과 인력의 부족, 법령상 제도의 문제점, 인권과 차별의 문제 등이 지적되고 있음을 알 수 있다.

라. 정신보건법정에 대한 의견

아직 우리 사회가 경험하지 못했지만 정신보건법정의 일반적 개념과 내용을 설명한 후 법조인과 의료인 등에게 전문가적 관점에서의 의견회신을 요청하였고, 그 회신내용을 정리하면 다음과 같다.

- i) 경한 범죄를 저지른 사람에게 강제적 치료명령을 내리는 것은 허용될 수 없지만, 판사와 정신과 의사가 함께 참심재판으로 정신보건법정을 운영하는 것은 견제와 균형상 바람직한 효과가 있을 것임

- ii) 범죄를 저질렀다고 하여 강제로 치료명령을 내리는 것은 부당하고, 피고인이 스스로 자발적으로 선택하여 진료를 받을 수 있게 하는 것이 치료에 도움이 될 것임
- iii) 치료명령의 이행에 대한 확인과 감독이 필요하고, 수요가 많을 경우 전담재판부나 전문법원이 필요할 수도 있으며, 정신과 의사가 함께 하는 참심재판도 의미 있는 변화라 할 수 있고, 치료기간이 한정되어야 할 필요성이 있음
- iv) 치료명령에 대해 지역정신보건센터가 활용될 수 있다고 생각하며, 불구속 피고인이나 출소한 수형자에 대해서도 법원의 치료명령을 강제할 방법이 필요함
- v) 치료서비스 제공자를 영리를 목적으로 하는 민간병원에 맡기는 것은 위험함
- vi) 의료전문가와 판사와 같은 전문가만의 참심제는 일반국민의 참여와는 다른 것이어서 정신과 의사로 자격요건을 제한하는 것은 문제가 있음

위의 의견 중 i) 내지 v)는 변호사들의 의견으로 정신보건법정의 참심제 긍정, 치료명령과 민간병원에 대한 우려, 전문법원 또는 전담재판부와 지역정신보건센터의 활용 등이 제안되고 있다. 장애인옹호단체 실무가의 입장은 정신과 전문의와 같은 자격요건으로 제한하는 것이 일반인에 의한 재판이라는 참심제가 가진 기본적 의의를 확보하지 못한다는 점을 지적하고 있다. 의료인들의 의견은 아래와 같다.

- i) 정신보건법정과 더불어 강제치료명령도 함께 도입되어야 함
- ii) 정신보건법정을 통해 안정적 제도 시행의 계기가 되고, 지속적 경험과 자료의 축적을 통해 일정한 모델을 만들 수 있다는 점에서 긍정적이나 문제점으로는 수사단계부터 해당사례를 판단하는 기준이 명확히 제시되어야 하고, 치료명령 서비스를 제공하기 위한 별도의 민간 및 공공치료 인프라를 구축하고, 그 재원은 국가가 부담해야 함
- iii) 현재의 지역사회 정신보건 인력과 재원으로 생산 가능한 의료 등의 서비스 총량이 제한적인 상황에서 집중적인 사례관리가 필요한 위법행위를 한 정신장애인에 대해 지역사회 내에서 관리책임을 수행하는 것이 결코 쉽지 않으므로 일반적 정신질환자 사례관리 서비스 체계와는 별도의 위법행위를 한 정신장애인에 대한 체계를 구축해야 함. 이와 관련해서는 법무부와 보건복지부의 재정적 역할, 책임과 역할의 분배 등 정책적 논의가 먼저 선행되어야 함

위의 의료인들의 의견을 보면, 정신보건법정이 위법행위를 한 정신장애인에게 제공하는 치료 프로그램의 제공기관으로서 지역사회 정신보건자원이 활용될 것인데, 그에 대한 준비 없이 정신보건법정만 만들어질 경우 실질적인 치료서비스가 없는 정신보건법정으로 운영될 것에 대한 우려가 강하게 나타나 있다. 이러한 지적은 타당하다고 보이고, 현재와 같이 지역사회정신보건 서비스가 인력이나 물적 자원, 예산에 있어 부족한 상태에서 추가적으로 위법행위를 한 정신장애인에 대한 서비스까지 추가된다면 결국 지역사회 정신보건자원이 고갈될 수 있다는 점을 간과해서는 안 된다.

마. 사법병동에 대한 의견

마지막 질문으로 사법병동(국·공립병원 또는 민간 정신병원에 위법행위를 한 정신장애인 중 일부를 입원시켜 치료하는 것)에 대한 의견을 물었고, 변호사들의 의견은 다음과 같이 회신되었다.

- i) 치료 집행기관의 전문성을 확인하기 위해 초기에는 소수의 대상자를 상대로 시범적으로 시행한 후 성과와 부작용을 검토하며 수정할 필요가 있음
- ii) 민간 정신병원의 일부를 사법병동으로 만들게 될 경우 일반 정신장애인도 정신병원 치료를 꺼리게 되는 문제가 있고, 현재의 지정법무병원(국립정신병원 내 일부 병동)도 적절한 치료환경을 제공해 주지 못하고, 특히 지정법무병원에 입원한 일반 정신장애인도 함께 편견의 대상이 될 수 있음
- iii) 치료감호소의 시설과 인력 부족의 문제를 해결하기 위해 민간정신병원에 위탁하는 것은 계호 등에서 문제가 발생할 수 있음
- iv) 국공립 정신병원의 활용은 가능할 것으로 보이나 민간 정신병원에 위탁하는 것은 환자나 의사의 안전 등을 담보할 수 없는 등의 문제가 있음
- v) 치료감호소보다 국공립 정신병원을 활용하는 것이 더 의료친화적이라 할 수 있으나 일반 정신장애인들과 같은 병원을 함께 이용하는 것이 정신장애인에 대한 차별이나 반감을 더 강화시킬 우려도 있음

위의 내용을 보면, 전반적으로 민간 정신병원에 위탁하는 것에 대한 반대, 지정법무병원의 경우 위법행위를 한 정신장애인과 일반 정신장애인이 하나의 공간에 있으면서

발생할 수 있는 사회적 편견이나 차별의 문제 등을 우려하고 있다. 이러한 변호사들의 의견에 대비하여 장애단체 실무가의 입장을 보면, 치료감호소나 정신병원이 현재 가지고 있는 사회적 격리시스템은 대동소이하므로 지속적인 보완이 필요함을 지적한다. 의료인들의 사법병동에 대한 의견은 다음과 같다.

- i) 치료감호소와 같은 대규모 시설에서의 치료는 한계가 있고, 현재 지정법무병원은 소규모 병동으로 운영되지만 부대시설이나 치료 프로그램 개발은 어려운 상태이며, 지정법무병원의 소속기관(보건복지부)이 치료감호소(법무부)와 달라 지휘체계와 책임소재가 불분명한 상태임
- ii) 국공립 정신병원의 일부를 지정법무병원으로 지정하여 국가기관 간 협조를 구하는 형태이므로 양자 간에 계약 등에 의한 지침이 필요하고, 치료인력의 처우나 치료프로그램, 치료환경의 특수한 문제 등이 고려되어야 하므로 장기적 계획을 가지고서 지역사회 정신보건 인프라와 연계하여 사법병동 운영이 이루어져야 함
- iii) 미국 주립정신병원의 경우 사법병원(forensic hospital)로 전환되는 사례가 있는데, 이는 정신질환자 탈시설의 부정적 결과물로 인식됨. 교도소 수감자 중 일부가 정신질환이 있어 이들의 적정치료를 위한 사법병상(forensic bed)이 필요하나 법무부와 보건복지부가 법정신의학서비스 구축을 위한 협력과 재정 및 책임의 분배를 명확히 하여야 함

위의 자문의견 내용들을 보면, 대체로 의료적 측면에서 위법행위를 한 정신장애인을 위한 사법병동의 신설이나 정신의료인력의 확보에 대해 각 담당 국가기관 사이에 협조체계를 먼저 구축할 것을 요구하고 있음을 알 수 있다. 즉, 단순히 치료감호소의 포화상태(병상 수 부족)를 해결하기 위한 방안으로 국공립 정신병원을 일방적으로 지정하여 위법행위를 한 정신장애인에 대한 치료와 관리를 떠맡길 것이 아니라, 각 지역별 인원분산의 장점과 단점을 고려한 양해각서나 협약 등을 통하여 세부적 책임과 지휘체계의 마련, 책임과 역할의 분배 등을 강조하고 있으며, 이는 향후 지정법무병원의 운영에 있어서도 참고할 만한 내용이라 할 것이다.

제6장

KOREAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY

정신보건법정 및 사법병동의 발전방안

권 수 진

제6장

정신보건법정 및 사법병동의 발전방안

제1절 정신장애인 형사재판제도의 발전방안

1. 정신장애인 형사재판제도의 한계

가. 관련 규정

(1) 현행 규정

정신보건법정은 위법행위를 한 정신장애인에 대한 법원의 형사재판절차와 제도라고 할 수 있다. 현재 우리나라에서는 정신장애인이 위법행위를 한 경우에 외국에서와 같이 별도의 법정이나 재판부에 의해 형사재판이 이루어지는 것이 아니라 일반 형사재판절차에 의하고 있다. 다만, 수사단계에 있어서 피의자가 정신질환이 있는 상태에서 위법행위를 했다고 의심되는 경우에 수사기관은 필요한 자료를 조사하여 전문가의 정신감정 및 치료감호를 청구하도록 하고 있다. 그리고 재판단계에서 법원은 이러한 자료를 바탕으로 하여 피의자에게 형벌은 감면하되, 보안처분인 치료감호를 부과할 수 있도록 하고 있다.

앞서 살펴본 주요국의 정신보건법정에서는 위법행위를 한 정신장애인에 대하여 치료적 사법의 관점에서 다양한 처우를 할 수 있다. 그리고 이러한 정신보건법정의 가장 중요한 요소 중 하나는 법원이 형사재판절차에서 피고인에게 정신과적 치료를 명령할 수 있다는 점이다. 그러나 우리나라의 현행 형법, 형사소송법, 치료감호법 등 관련 법규에는 이와 관련한 규정을 두고 있지 않다. 다만, 2011년 7월부터 성폭력 범죄를 저지른 피고인에 대하여 실시하는 성충동약물치료명령이 유일한 형사법원의

치료명령이다(성폭력범죄자의 성충동약물치료에 관한 법률 제3조 내지 제15조).²²²⁾

요컨대, 정신보건법정이 운영되고 있지 않은 현행 우리나라의 형사사법체계에서 법원은 형사 피고인에 대해 집행유예를 선고하면서 수감명령을 병과하여 이를 이용하여 알코올(약물)치료강의나 가정폭력(성폭력)치료강의의 수감명령을 하기는 하지만, 성폭력범죄자에 대한 성충동약물치료명령 이외에 직접적인 신체적 침습을 하는 일반적인 약물치료명령 등을 할 수는 없다.

(2) 치료감호법의 개정

그동안 치료감호법의 개정 논의가 꾸준히 제기되어, 2014년 9월 치료감호법 개정안(의안번호 제1911745호)이 발의되었다. 동법 개정안은 법원의 형사피고인에 대한 치료명령제도의 도입을 근간으로 하고 있다.

그 구체적 내용을 살펴보면,

- i) 치료명령대상자를 심신미약자나 알코올중독자로서 금고 이상의 범죄를 저지르고, 통원치료의 필요성과 재범의 위험성이 있는 자로 한정하고(법안 제2조의3),
- ii) 검사의 경우 치료명령대상자의 동의를 받아 치료조건부 기소유예를 하고서 만약 치료조건을 미이행하면 공소를 제기하는 방법으로 통제수단을 보유하고(법안 제44조의2),
- iii) 법원의 경우 검사의 치료명령청구가 없더라도 선고유예나 집행유예 선고시에 치료기간을 정하여 치료받을 것을 명하고(법안 제44조의4), 치료의무를 이행하지 않을 경우 선고유예나 집행유예를 취소할 수 있도록 하며(법안 제44조의10),
- iv) 치료명령을 받은 사람은 보호관찰관의 지시에 응해 치료 및 프로그램을 이수하도록(법안 제44조의7, 8) 규정하고 있다.

222) 2011년 7월부터 시행된 성충동약물치료제도는 16세 미만의 사람을 대상으로 하여 성폭력범죄를 저지른 19세 이상의 성도착증 환자로서 성폭력범죄를 다시 범할 위험성이 있다고 인정되는 사람에 대하여 성충동 약물치료를 실시하여 비정상적인 성적 충동이나 욕구를 억제하기 위한 조치로써, 성도착증 환자에게 약물투여 및 심리치료 등의 방법으로 도착적인 성기능을 일정기간 동안 약화 또는 정상화하도록 하는 것이다. 성충동약물치료제도는 치료명령 집행기간 동안 의무적으로 보호관찰을 실시하여 지속적인 치료 및 관리를 강화하여 피치료자의 재범을 방지하고 안정적인 사회복귀 촉진시키는 것을 목적으로 한다(법무부 범죄예방정책국 http://immigration.go.kr/HP/TSPB/spb_50/spb_50240010.jsp, 2015년 11월 15일 최종방문).

동법 개정법률안의 치료명령제도는 우리나라에서도 독일이나 프랑스처럼 법원이 피고인에게 형사상 보안처분의 하나로서 강제치료를 요구할 수 있도록 한 것이다. 이는 영미법의 정신보건법정과는 형식적으로 다른 시스템이지만, 실질적으로는 피고인의 재범의 위험성을 방지하기 위해 법원이 피고인에게 정신과적 치료를 요구한다는 점에서 정신보건법정과 일부 유사한 기능을 하게 되는 것이라고 볼 수 있다.

이러한 치료감호법 개정법률안은 2015년 10월 28일 수정 가결되어, 2016년 12월 부터 시행될 예정이다.²²³⁾ 이번에 수정의결된 치료감호법은 발의된 치료감호법 개정안 중에서 치료조건부 기소유예 부분이 삭제되고, 치료명령에 병과되는 보호관찰의 기관을 법률에 명시하도록 하였다.²²⁴⁾

이번 치료감호법의 개정을 통하여 우리나라 정신장애인에 대한 형사재판시스템에 치료명령제도가 본격적으로 도입된 것은 진일보한 것이라고 볼 수 있다. 다만, 발의된 개정 법률안에서 제안되었던 치료조건부 기소유예 부분이 삭제된 점, 그리고 독일이나 프랑스 등에서와 같이 법원에서 치료명령 대상자에게 치료명령을 명함에 있어 대상자의 동의를 필요로 하지 않도록 한 점은 아쉬운 부분이라고 할 수 있다.

나. 형사재판실무에서의 노력

2015년 10월 28일에 수정가결된 치료감호법이 2015년 12월 1일 공포되었으나, 개정된 치료감호법은 1년의 경과기간을 지나 2016년 12월 2일부터 시행될 예정이다. 따라서 아직 형사사법절차 내에서 약물치료명령을 제외하고는 법원의 치료명령이 본격적으로 시행되고 있지 않은 상황이다.

이와 같이 치료명령이 시행되지 않은 상황에서 그동안 법원에서는 구속피고인에 대한 보석의 조건으로 주거장소의 제한 등을 할 수 있음에 비추어 병원 입원을 명령하는 방식으로 형사재판절차 중에 실질적으로 치료를 요구하는 경우도 있었다. 이러한 방식은 아직 정신보건법정이나 치료명령제도가 입법화되지 않은 상황에서 일부 형사재판의 실무적인 치료제도 운영방안으로 유용하게 활용되었다.

형사재판 실무에서 활용되어 온 사례의 구체적 내용을 살펴보면, 크게 두 가지로

223) 일부개정 2015년 12월 1일, 법률 제13525호, 시행일 2016년 12월 2일.

224) 법제사법위원회, 치료감호법 일부개정법률안 심사보고서, 2015.10. 11면.

구분될 수 있다. 하나는 형사재판 진행 중에 치료조건부 보석을 활용하는 것이고, 다른 하나는 형사재판 판결 선고시에 수감명령의 내용으로 정신심리치료 수감 등을 명하는 것이다. 이러한 두 가지 활용사례에서 피고인에 대한 처우는 피고인에 대한 보호관찰관의 재판 전 조사 등을 통해 피고인의 과거 이력과 현재 상태 등을 파악하고, 주거가 없을 경우에는 주거를 연계하고, 보호자가 없을 경우에는 보호자를 연계하는 등 재판부가 개별맞춤형의 지원을 하는 형식으로 이루어졌다.²²⁵⁾ 이러한 형사재판의 운영은 다음과 같은 장점이 있다.

- i) 형사절차에서 피고인을 대상화·객체화하지 않고, 피고인을 형사절차의 주체로 보아 법원이 피고인의 목소리를 경청하여 피고인의 인격적 주체성을 보장함.
- ii) 피고인에 대한 판결 전 조사를 통하여 주거 및 치료, 보호시설 등 피고인에게 개별화된 보호서비스를 제공함.
- iii) 형사재판에서 국가와 피고인간의 의사소통을 우호적인 관계로 전환시키고, 미래에 대한 계획을 함께 공유하게 됨.
- iv) 보석취소 또는 집행유예취소라는 제재를 통하여 법원이 피고인에게 치료명령이나 입원명령을 강제하는 등 피고인에 대한 법원의 통제력이 확보됨.

이러한 장점에도 불구하고, 현재 일부 형사재판부의 노력에는 다음과 같은 한계가 있다.

- i) 법령상 제도화되어 있지 않은 치료명령이나 입원명령을 사실상 시행하는 것에 대한 재판부의 부담이 적지 않음.
- ii) 보호관찰관을 통한 판결 전 조사는 제도화되어 있으나, 그 이후 법원을 통한 주거·치료 등의 보호서비스의 연계는 제도화되어 있지 않아, 개별 재판부가 이를 직접 연계하기에는 적지 않은 부담이 됨.
- iii) 법원의 판결 이후에 대상자에 대한 치료가 제대로 이행되는지를 확인하는 제도적 기반이 보호관찰제도인데, 그것이 가지는 권력적·감독적 기능이 치료적 기능을 상실시킬 수 있음.

225) 김상준, “현대 한국사회의 범죄 현상과 정신건강법원 시스템 도입의 필요성”, 대한사회정신의학회 연수교육 및 춘계학술대회 자료집, 2015, 51-73면.

위에서 살펴본 바와 같이, 재판부가 지향하는 법원의 형사사법시스템 방향에 대한 고민에서부터 정신보건법정이나 치료명령제도의 도입이 가진 의미를 이해할 필요가 있다. 그리고 향후 법원 내부에서 형사사법시스템 내에서 치유적인 해결책, 피고인에 대한 접근방식, 형벌적 제재의 한계와 대안 등에 대해 고민할 필요가 있다.

2. 전문법원의 필요성과 가능성

가. 전문법원의 도입 필요성

정신장애로 인한 범죄는 일반범죄와 다른 특수성을 갖는다. 이로 인해 위법행위를 한 정신장애인에 대한 전문적인 법원의 필요성이 제기되어 왔음은 주지의 사실이다. 즉 ‘정신장애’를 정신의학적·심리적으로 감정하고, 이러한 정신장애로 인해 위법행위로 나아간 행위자의 행위를 법규범적으로 판단하여, 그에 대하여 적절한 치료처우 등의 형사제재를 부과하는 형사사법시스템이 필요한 것이다.

그런데, 앞서 살펴본 바와 같이, 우리나라에서는 관련 법령의 개정작업과 형사재판 실무에서의 노력에도 불구하고, 현행 형사재판시스템 하에서 위법행위를 한 정신장애인에 대한 형사재판과 형사제재에는 한계가 있다. 이에 현행 형사재판과 형사제재의 이러한 한계를 극복하고, 정신장애인에 대한 보다 발전적인 형사재판과 치료처우를 위하여 전통적인 형사재판과는 다른 특수한 형태의 형사재판시스템의 모색이 필요한 것이다.

또한, 위법행위를 한 정신장애인에게 부과되고 있는 형사제재인 치료감호는 치료감호시설의 조직 및 인력, 시설 등의 한계로 인하여 정신장애인에 대한 효과적인 치료처우로서의 기능을 다하지 못하고 있음은 앞서 검토한 바와 같다. 다만, 관계기관에서는 이러한 치료감호제도의 문제점을 개선하고 치료감호 대상자에 대한 보다 효과적인 치료처우를 위해 국립정신병원에 지정법무병원을 지정하는 등 현행 치료감호제도를 개선하고자 노력하고 있고 있다.

그러나, 이러한 치료감호제도의 개선에 앞서 보다 근본적으로는 정신장애와 정신장애로 인한 위법행위, 그리고 이러한 위법행위를 한 정신장애인의 특수성을 이해하고, 이들의 정신장애를 치료하여 이들이 다시 위법행위로 나아가지 않고 사회 내에 재통합될 수 있는 다양한 치료처우를 하는 것이 중요하다. 그리고 이러한 치료처우를

위해서는 종래의 형사재판시스템과는 다른 형사재판시스템이 필요한 것이다.

이러한 이유로 각국에서도 그 나라 상황에 따라 정신장애인에 대한 특수한 형태의 형사재판제도를 마련하였다. 즉 미국과 영국을 비롯한 영미국가에서는 정신보건법정이 도입되었으며, 독일과 프랑스 등 대륙법계 국가에서는 일반 형사법원 내 전담재판부 형태의 형사재판시스템을 운영하게 되었으며, 일본에서는 이들 국가와는 또 다른 형태인 참심재판제도를 마련하였다.

나. 전문법원의 도입 가능성

(1) 전문법원의 기본이념

위법행위를 한 정신장애인에 대한 전문법원은 치료사법과 공동체사법의 이념을 기본으로 한다. 그리고 치료사법은 법학 이외에 정신의학, 심리학 등 다양한 분야의 전문가의 참여가 필요하다. 따라서 위법행위를 한 정신장애인에 대한 형사재판과정에는 판사·검사·변호사, 정신과 의사, 심리학자, 지역사회 정신보건서비스 담당자, 당사자인 정신장애인 등이 함께 참여한다. 그리고 참여자들은 재판과정에서 대상자에게 적합한 개별 프로그램을 개발·제공하고, 대상자가 치료 프로그램을 이수하여 사회에 재통합되도록 한다. 치료사법은 이러한 재판과 치료처우 과정에서 다양한 치료동기의 부여, 신속한 처우, 그리고 치료성과에 대한 법원 등의 계속적인 점검을 필요로 한다.²²⁶⁾

요컨대, 위법행위를 한 정신장애인에 대한 공동체 사법은 형사사법이 공동체와 단순히 연계하는 것에서 더 나아가 중앙집권적인 사법권위에서 벗어나서 위법행위를 한 정신장애인, 정신장애로 인한 범죄와 피해자, 그리고 공동체에 끼치는 영향까지 모두 고려하면서 공동체에 기반을 둔 의사결정 구조로 변화시키는 것을 의미한다.²²⁷⁾

(2) 전문법원의 장·단점

위법행위를 한 정신장애인을 위한 전문법원은 전통적인 형사법원의 형태는 아니기

226) 이승호, “문제해결법원의 도입에 관한 검토”, 형사정책 제18권 제1호, 한국형사정책학회, 2006, 66면.

227) 이승호, 앞의 글, 67면.

때문에 전통적인 법원과는 많은 차이가 있으며, 장·단점 또한 갖고 있다.

전통적인 형사법원은 위법행위를 한 정신장애인에게 개별적이고 효과적인 처우를 제시해 주지 못하거나 효과적인 치료처우에 실패하면서, 이들이 다시 재범으로 나아가는 문제점이 있었다. 이러한 이유로 일부 형사재판 실무에서는 형사재판 진행 중에 치료조건부 보석을 활용하거나 판결 선고시에 수감명령의 내용으로 정신심리치료 수감 등을 명하는 노력을 해 왔음은 앞서 살펴 본 바와 같다. 그런데, 위법행위를 한 정신장애인을 위한 전문법원이 어떠한 형태로든 도입된다면, 이들에게 개별적이고 다양한 치료 프로그램을 제공하는 등의 제도적인 형사재판절차와 치료처우를 실시할 수 있다는 장점이 있다.

반면 정신장애인에 대한 전문법원은 단점도 내포하고 있다. 즉, 전통적인 법원에서 판사는 중립적인 지위에서 오직 사실관계와 관련법규에 따라 정신장애인에 대한 형사 제재를 결정하고 그 집행은 관여하지 않는다. 그런데, 전문법원에서는 판사가 검사, 변호사, 정신의학 등 전문가, 피해자, 당사자, 그리고 공동체와 함께 정신장애인의 위법행위, 그 위법행위가 피해자와 공동체에 미치는 영향, 당사자의 공동체로의 복귀 등 여러 가지를 고려하여, 각 대상자에게 적합한 치료처우를 고민해야 하고, 치료처우의 전 과정에 있어서 지속적인 점검을 해야 하는 어려움이 있다.

(3) 전문법원의 도입형태

현재 주요국에서의 정신장애인에 대한 형사재판제도의 운영 형태로는 i) 영미법계 국가에서 운영 중인 완전 독립형태의 정신보건법정, ii) 일반법원 내의 전담재판부, iii) 일본에서 운영 중인 법관과 정신과의료인과의 합의체 형태인 참심재판제도가 있음을 앞서 살펴보았다.

우리가 현행 형사사법제도 내에 형사피고인에 대한 치유를 제도적 형태로 도입하는 경우에, 우리나라 형사재판제도와 크게 상충되지 않으면서 도입될 수 있는 형태는 영미법계의 정신보건법정보다는 대륙법계와 같이 일반 형사법원에서 피고인의 동의를 전제로 하여 치료명령을 내리는 형태가 더 효율적이라 할 수 있다. 또한, 일반 법원에 위법행위를 한 정신장애인에 대한 형사재판을 담당할 전문재판부를 설치하는 방안을 고려할 수 있다. 즉, 일반 형사법원에서 정신장애 피고인에게 치료명령을 내리

는 경우에 발생할 수 있는 법원의 전문성 부족, 정신과 감정 전문가의 활용 미비 등의 난점을 해결하기 위해서 일반 형사법원 내에 치료명령 전담부(또는 정신보건 전담부)를 설치하여 위법행위를 한 정신장애인 사건을 치료명령 전담부(또는 정신보건 전담부)로 (재)배당 또는 이송하는 형식이 고려될 수 있다.

한편 정신보건법정을 완전히 독립된 전문법원의 형태, 예컨대 소년사건을 전담하는 소년법원이나 가정폭력사건을 전담하는 가정법원 내 전담부와 같은 형태로 구성하고자 한다면, 이는 일반 형사법정에서 가정법원 내 정신보건 전담부로 이송하는 형태가 될 것이다. 이 경우에는 소년법에 따른 소년사건이나 가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법이 정한 가정보호사건과 유사하게 정신보건법정의 판사가 형사처별적인 조치가 아닌 치료명령이나 수강명령 등을 통해 법원의 후견적 조치로서 재범 위험성을 막는 다양한 조치들이 마련되어야 할 것이다.

제2절 사법병동의 발전방안

1. 치료기관으로서의 사법병동

우리나라에서의 위법행위를 한 정신장애인에 대한 치료처우는 그 시작이 사회보호법에 의해 보호감호와 함께 사회방위를 위하여 시작되었다. 이러한 이유로 우리나라의 치료감호는 ‘치료’보다는 ‘감호’에 중점을 두었음은 주지의 사실이다. 따라서 종래 우리나라의 치료감호시설의 운영방식도 일반 교정시설의 운영방식과 유사하다. 이는 치료감호소의 운영지침 등 관련규정을 살펴보면 더욱 확실히 알 수 있다. 즉 치료감호에 관한 피치료감호자 처우규정, 병동별 운영규정, 센터운영지침 등은 그 체계와 내용면에 있어서 교정시설의 규정과 매우 유사하다. 또한, 2015년 8월 새로 개소한 사법병동도 일반 국립정신병원에 설치되었지만, 그 운영방식은 종래의 치료감호소와 크게 다르지 않다. 따라서 향후 치료감호시설이 위법행위를 한 정신장애인에 대한 감호시설이 아닌 보다 발전적인 형태의 치료시설로서 거듭나기 위해서는 다음과 같은 점에서의 개선이 요구된다.

가. 치료감호 관계법령의 정비

(1) 치료감호법령의 정비

교정시설에서 수용자에 대한 각종 권리를 보장하거나 제한하는 내용은 형집행법에 구체적으로 규정되어 있다. 반면, 피치료감호자에 대한 각종 권리의 보장이나 제한과 관련된 구체적인 규정은 치료감호 관계법령에 직접 규정되어 있지 않고, 형사소송법 또는 형집행법 등을 준용하도록 하고 있다(치료감호법 제51조). 그런데, 형집행법은 교정시설의 구내와 교도관이 수용자를 계호(戒護)하고 있는 그 밖의 장소로서 교도관의 통제가 요구되는 공간에 대하여 적용되는 법으로서, 일반수형자의 교정교화와 건전한 사회복귀를 도모하고, 수용자의 처우와 권리 및 교정시설의 운영에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 하는 법규이다(행형법 제1조). 반면, 치료감호법은 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 목적하는 것으로서(치료감호법 제1조), 형집행법과 치료감호법은 그 대상과 목적을 달리한다.

그런데, 치료감호시설 내 피치료감호자에 대한 각종 권리의 보장이나 제한과 관련된 구체적 규정을 치료감호 관계법령에 직접 규정하지 않고, 형집행법을 준용하도록 하는 것은 바람직하지 않다. 이는 치료감호소가 1987년 설립 이후 법적으로 국립정신의료기관으로서의 위상은 확보하지 못한 채 교정시설의 수용시스템을 그대로 답습하면서 사실상 치료보다는 감호에 치중한 시스템을 유지하고 있는 모습이라고 할 수 있다. 치료감호소가 법률·행정적 공식명칭으로 ‘치료감호소’를 사용하면서도 병원업무 수행과 관련하여서는 ‘국립법무병원’으로 명칭을 사용하도록 한 것도 치료감호소가 치료시설보다는 교정시설이라는 지금까지의 부정적인 인식을 개선하고자 한 것이라고 할 수 있다. 따라서 피치료감호자의 권리를 보장하거나 제한하는 규정은 형집행법 등을 준용하는 것보다는 치료감호 관계법령에 직접 규정하는 것이 바람직하다.

(2) 세부 운영지침의 정비

현재 치료감호소의 운영과 관련한 구체적인 내용은 피치료감호자 처우규정(1999.

12. 30. 내규 제130호로 제정), 약물중독재활센터 운영지침(2009. 5. 15. 내규 제236호로 제정) 등 모두 내규로 규정되어 있다. 그런데, 이러한 운영지침의 구체적인 내용을 살펴보면, 면회, 서신검열, 전화, 두발과 복장, 근로작업, 귀휴, 청원, 포상, 보호조치(격리·강박) 등 피치료감호자의 권리 제한에 관한 내용이 포함되어 있다. 이와 같이 피치료감호자의 권리 보장 및 제한과 관련된 내용을 치료감호법이 아닌 센터별 운영지침에 규정하고 있는 것은 법률유보의 원칙에 위배되는 것으로서 논란의 여지가 있다.

이와 달리 현재 교정시설 내 수용자의 기본권 제한에 관한 내용은 형집행법에서 구체적으로 적시하고 있다. 예를 들어, 일반 교정시설의 경우 서신수수,²²⁸⁾ 귀휴²²⁹⁾ 등 수형자의 권리 보장 및 제한과 관련된 내용을 형집행법에 규정하고 있다. 그런데 치료감호시설에서는 이러한 내용을 치료감호법령이 아닌 내부 운영지침²³⁰⁾에 규정하고 있는 것이다. 따라서 치료감호소의 각 센터별, 병동별 운영지침을 정비함에 있어 이러한 피치료감호자의 기본권을 제한하는 내용은 치료감호소 운영지침에 규정하는 것보다 치료감호법 또는 그로부터 위임받은 시행령에 직접 구체적으로 규정하는 것이 바람직하다.

228) 형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 제43조(서신수수) ④ 수용자가 주고받은 서신의 내용은 검열 받지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유가 있으면 그러하지 아니하다.

229) 제77조(귀휴) ① 소장은 6개월 이상 복역한 수형자로서 그 형기의 3분의 1(21년 이상의 유기형 또는 무기형의 경우에는 7년)이 지나고 교정성적이 우수한 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 1년 중 20일 이내에 귀휴를 허가할 수 있다.

1. 가족 또는 배우자의 직계존속이 위독한 때
2. 질병이나 사고로 외부의료시설에의 입원이 필요한 때
3. 천재지변이나 그 밖의 재해로 가족, 배우자의 직계존속 또는 수형자 본인에게 회복할 수 없는 중대한 재산상의 손해가 발생하였거나 발생할 우려가 있는 때

230) 피치료감호자 처우규정 제37조(귀휴의 요건) ① 귀휴대상자에 대하여 다음 각호와 같은 사유가 있을 때에는 진료심의위원회(이하 “위원회”라 한다) 심의를 거쳐 귀휴를 허가할 수 있다.

1. 직계 존·비속이나 배우자가 사망하거나 위독한 때
4. 천재지변 기타 이에 준하는 사유로 인하여 직계 존·비속, 배우자 또는 본인에게 회복할 수 없는 중대한 재산상의 손해가 발생하였을 때
5. 기타 치료상 특히 필요하다고 인정되는 때

약물중독재활센터 운영지침 제29조(서신의 검열) ① 피감호자의 서신 내용은 원칙적으로 검열하지 아니한다. 다만, 소장은 금지물품 반입 방지를 위하여 수신되는 모든 서신을 개봉해 그 내용물을 검사하여야하며 필요하다고 인정되는 경우에는 서신 내용을 검열할 수 있다.

인성치료재활센터 운영지침 제24조(서신의 검열) ① 피감호자의 서신 내용은 원칙적으로 검열하지 아니한다. 다만, 소장은 금지물품 반입 방지를 위하여 수신되는 모든 서신을 개봉해 그 내용물을 검사하여야하며 필요하다고 인정되는 경우에는 서신 내용을 검열할 수 있다.

나. 대상별 분리 수용

현재 치료감호소에는 정신질환자(제1호 처분 대상자), 약물중독자(제2호 처분 대상자), 그리고 치료감호법의 개정으로 2009년부터 입소한 정신성적장애자(제3호 처분 대상자)가 함께 수용되어 있다. 물론 치료감호소에서는 이들을 각 해당 병동에 분리하여 수용하고 있다. 즉, 2015년 3월 기준으로 정신질환자(제1호 처분 대상자)는 일반병동, 약물중독자(제2호 처분 대상자)는 약물치료재활병동, 그리고 정신성적장애자(제3호 처분 대상자)는 인성재활병동에 분리 수용되어 있다. 그러나 각 대상자들은 전혀 다른 처분의 대상자들로, 전혀 다른 증상과 특징을 갖고 있으며, 그 치료처우 또한 서로 다른 약물·비약물의 치료가 필요하다. 따라서 각 처분 대상별 전문적인 치료프로그램의 운영 등 치료효과를 높이기 위해서는 현재 치료감호소에서 이들을 각 처분 대상별로 분리수용하고 있는 것에서 더 나아가 처음부터 이들을 대상별로 완전히 분리 독립된 별도의 기관에 분리 수용하는 것이 바람직하다. 요컨대, 부곡 등의 지정법무병원에 현재 치료감호소의 정신질환자(제1호 처분 대상자) 중 일부를 이송하여 치료하는 것보다는 각 지정법무병원의 시설 및 운영 프로그램 등의 특성을 고려하여 약물중독자(제2호 처분 대상자) 또는 정신성적장애자(제3호 처분 대상자) 전원을 이송하여 치료하는 것이 바람직하다. 예를 들어, 2015년 8월 개소한 부곡 지정법무병원에는 현재 41명의 정신질환자(제1호 처분 대상자)만이 이송되어 수용치료를 받고 있는데, 과거 국립부곡병원이 약물중독자에 대한 치료를 전문적으로 해 왔던 치료시설임을 고려하여, 이곳에 정신질환자(제1호 처분 대상자)보다는 치료감호소의 약물중독자(제2호 처분 대상자) 전원을 수용하여 치료처우를 시행하는 것이다. 이와 같이 각 치료감호 처분 대상별로 수용하고 치료하는 것이 각 시설의 전문성을 강화하고 치료 대상자의 치료효과를 제고시키는 방안이라고 판단된다.

다. 치료대상 및 기준의 명확화

국가인권위원회에 제출된 자료에 의하면, 2015년 5월 현재 공주 치료감호소에는 1,200여명의 피치료감호자가 수용되어 치료받고 있다. 그 중에서 정신지체 93명, 간질 19명, 알코올 117명, 인격장애 31명 등의 환자가 수용되어 있는데, 이러한 질환

은 사실상 치료효과를 기대하기 어렵다는 것이 전문가들의 의견이다. 오히려 이러한 증상의 환자들은 치료감호시설에서 다른 피치료감호자와 함께 수용되어 치료감호를 받는 것보다는 일반 정신병원에 수용하거나 단순한 약물 복용 치료를 하는 것이 보다 바람직하다고 할 수 있다.²³¹⁾

한편, 환자의 분류에 있어 오류가 발견되거나 그 증상이 변경되어 재분류가 필요한 경우에는 이를 정정할 수 있도록 할 필요가 있다. 예를 들어, 조현병 환자가 그 병증으로 인해 성범죄를 저지른 경우에는 제1호 환자로 분류되고, 병증과 관련 없이 성범죄를 저지른 경우에는 제3호로 분류되어야 한다. 그런데, 국가인권위원회 조사결과에 의하면, 이러한 환자들의 구분이 정확히 이루어지고 있지 않고 있으며, 이와 같이 잘못된 분류가 치료과정 중 발견되더라도 치료과정 중에는 이를 정정할 수 있는 방법이 없다. 비록 제1호와 제3호 피치료감호자는 모두 피치료감호자로서 동일한 치료감호시설에서 치료감호를 받고 있지만, 이들은 해당 증상이 다를 뿐만 아니라 이에 대한 치료도 각기 다르다. 따라서 이와 같이 피치료감호자에 대한 최초의 분류가 잘못되었거나 치료감호소 입소 후에 증상이 달라진 경우에는 치료감호소 내 치료과정 중 이를 정정할 수 있는 방안이 마련될 필요가 있다.²³²⁾

라. 정신감정의 기능 확대

앞서 치료감호 대상의 명확화와 관련하여 언급한 바와 같이, 피치료감호자들의 분류가 정확하지 않은 경우에 재감정을 통하여 이를 정정할 수 있도록 해야 한다. 피치료감호자들은 단순히 치료감호소에 격리수용되어 있는 것이 아니라 해당 증상에 대한 치료를 받고 있는 것이다. 제1호와 제3호 피치료감호자는 해당 증상이 다를 뿐만 아니라 이에 대한 치료도 달리 하여야 한다. 따라서 피치료감호자에 대한 최초의 판정이 잘못되었거나, 치료감호소 입소 후에 증상이 변경된 경우에는 이러한 분류를 변경하여 증상에 맞는 치료를 받을 수 있도록 일정기간마다 또는 일정한 경우 피치료감호자에 대한 재감정을 의무화하는 것이 필요하다.

또한, 2015년 5월 치료감호소 현재 피치료감호자 1,223명 중 정신분열(조현병)

231) 국가인권위원회 침해조사과, 치료감호소 방문조사 참고자료, 2015, 4면.

232) 국가인권위원회 침해조사과, 치료감호소 방문조사 참고자료, 2015, 4면.

환자의 평균 감호기간은 3년 9개월이다. 이는 정신분열로 판정받고 퇴소한 환자의 평균 감호기간이 아니라 2015년 5월 현재 치료감호소내 수용되어 있는 피치료감호자의 평균 감호기간으로서, 실제로 전체 정신분열 피치료감호자의 평균 감호기간은 이보다 훨씬 장기간으로 추정된다.

그런데, 2013년 국정감사 정책자료에 따르면 국내 전체 정신질환자의 평균 재원기간은 170일이고, 건강보험심사평가원의 ‘2013년도 의료급여 정신과적정성평가 보고서’에 의하면 조현병의 경우 의료급여 재원환자의 평균입원일수가 558.3일이다. 정신의료 전문가들은 일반병원에서는 의료급여 환자에 대한 진료비 부담이 적고 일당정액제로 운영되고 있어 입원 기간이 길어진다는 점을 감안하면, 치료감호소에서는 적어도 이보다는 짧은 기간 내에 증상 조절 및 퇴소가 가능하다고 추정하고 있다. 따라서 일반적으로 치료가 가능하다고 보고된 병증의 피치료감호자에 대해서 일반병원 평균 재원기간의 2배 이상을 초과하여 수용하는 경우, 가급적 제3의 전문가 등을 통해 재감정을 받을 수 있도록 하여 계속 수용여부를 결정하도록 하는 것이 타당하다고 판단된다.²³³⁾

2. 치료감호 기관의 개선

가. 지정법무병원

(1) 지정법무병원의 역할 제고

2015년 8월 부곡에 개소한 지정법무병원은 외국의 사법병동과 같이 사법환자의 치료를 전담하는 정신병원(또는 병동)이라기보다 종래의 치료감호소의 지소와 같은 형태를 취하고 있다. 즉, 현재 부곡 지정법무병원에는 공주 치료감호소에 수용 중이던 피치료감호자의 일부가 이송 감호되어 있으며, 공주 치료감호소의 감호인력이 파견되어 근무 중에 있다. 그리고 앞으로 춘천, 나주 등에 개소할 지정법무병원 역시 부곡 지정법무병원과 크게 다르지 않을 것으로 예상된다. 이러한 지정법무병원은 치료감호 시설의 발전된 형태라기보다는 종래 치료감호소의 확장된 형태를 취하고 있다고 할 수 있다. 따라서 지정법무병원은 종래 치료감호소가 갖고 있는 문제점을 완전히 해결

233) 국가인권위원회 침해조사와, 치료감호소 방문조사 참고자료, 2015, 8-9면.

하지 못한 채 새로운 문제점도 갖게 되었다고 할 수 있다. 지정법무병원의 개소 취지가 치료감호시설을 소규모 시설로 하여 지역적으로 확장하고, 증상이 완화된 피치료감호자의 사회복귀를 위한 것이라면 종래 치료감호소 또는 치료감호소의 지소와는 다른 보다 발전된 형태, 즉 외국의 사법병동과 같이 사회내에서 위법행위를 한 정신장애인을 치료하는 기관으로서 자리매김할 필요가 있다.

(2) 권한과 책임의 조정

“지정법무병원”은 국립정신의료기관 중 법무부장관이 지정하는 기관으로, “지정법무병원의 장”은 법무부가 “지정법무병원”으로 지정한 국립정신의료기관의 장이 담당하고 있다. 현재 지정법무병원장은 피치료감호자의 치료와 관련한 부분만 전담하고 있으며, 감호를 포함한 그 이외의 부분은 모두 법무부에서 전담하고 있다. 따라서 지정법무병원장은 피치료감호자의 감호에 대한 지휘와 권한은 없으며, 다만 치료에 대한 권한만 갖는다. 즉, 현재 지정법무병원장은 지정법무병원에 배치된 법무부 소속 감호인력 및 간호인력에 대해 실질적인 감독이나 지휘를 행하기 어려운 상황이라고 할 수 있다. 이러한 이유로 지정법무병원에서 치료감호 중 계호사고 등이 발생할 경우에 이에 대한 책임소재 및 책임의 범위가 분명하지 않다.

반면 지정법무병원장은 6개월마다 피치료감호자에 대한 동태보고서를 작성하여 치료감호심의위원회에 보고하도록 되어 있다(치료감호법 시행령 제5조).²³⁴⁾ 그런데, 이러한 동태보고서 등은 의료진의 진료기록과는 달리 치료감호심의에 있어 법적인 판단자료가 되는 것이어서 치료만 전담하는 의료진에게는 부담으로 작용할 수 있다. 또한 실무적으로도 지정법무병원장은 공주의 국립법무병원에 피치료감호자 관련

234) 제5조(동태의 보고 등) ① 치료감호시설의 장은 피치료감호자에 대하여 치료감호 집행을 시작한 후 6개월마다 피치료감호자의 동태·치료정도와 그 밖에 필요한 사항을 법 제37조에 따른 치료감호심의위원회(이하 “위원회”라 한다)에 보고하여야 한다. <개정 2014.1.28.>

② 지정법무병원의 장은 피치료감호자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 지체 없이 위원회에 보고하여야 한다. <신설 2014.1.28.>

1. 범죄를 저지른 경우
2. 수용질서를 해치는 행위로 다른 피치료감호자의 수용생활을 방해한 경우
3. 증상이 악화되어 자해 또는 다른 사람을 위해(危害)할 위험성이 있는 경우
4. 그 밖에 지정법무병원에서 계속 치료하기 곤란한 경우

③ 치료감호시설의 장은 치료감호를 종료 또는 가종료(假終了)하거나 치료를 위탁하는 것이 타당하다고 인정하는 경우에는 검사에게 제1항의 사항을 통보하여 위원회에 심사를 신청하도록 요청할 수 있다. <개정 2014.1.28.> [전문개정 2008.11.26.]

회의에 정기적으로 참석해야 하는 등 본래 진료업무 이외의 업무를 부담하게 된다. 이는 지정법무병원이 기존 국립법무병원, 치료감호소의 지소 역할을 담당하는 것이라고 할 수 있다. 이와 같이 치료와 감호가 교차하는 치료감호에 있어서 의료와 법무의 충돌문제가 발생할 수 있다. 이러한 점은 우리나라 치료감호제도의 특성에 기인한 것이기도 하지만, 특히 지정법무병원에서는 그 충돌의 범위가 넓게 나타날 수 있다. 따라서 국립법무병원과 지정법무병원, 법무부와 보건복지부와의 업무분담 및 책임의 범위에 관한 조정이 필요하다.

나. 인력 및 조직의 정비

(1) 인력

외국의 사법병동은 위법행위를 한 정신장애인의 치료를 위하여 일반 정신병원보다 더 많은 의료인력이 배치되어 치료업무를 담당하고 있다. 그런데 우리나라의 치료감호시설에서는 일반 정신의료기관보다 오히려 적은 수의 의료 인력이 치료업무를 담당하고 있다. 이는 일본의 의료관찰법병동, 우리나라 정신의료기관, 그리고 우리나라 공주 치료감호소의 인력기준을 비교해 보면 그 차이를 확실히 알 수 있다.

〈표 6-1〉 일본의 사법병동(의료관찰법병동)과 한국정신의료기관 인력기준 비교

유형	병원 수	병상 수	의사 기준	간호사 기준
일본 의료관찰법 병동 ²³⁵⁾	31개 ²³⁶⁾	808병상	환자 8명당 1인 ²³⁷⁾	낮 : 환자 1.5명당 1인 (밤 : 환자 6인당 1인)
한국 정신의료기관	1,354개 ²³⁸⁾	84,355병상 ²³⁹⁾	입원환자 60인당 1인의 정신과 전문의 ²⁴⁰⁾	입원환자 13인당 1인
공주 치료감호소	1개	1200병상 (실제 운영 900병상, 1,199명 수용) ²⁴¹⁾	입원환자 약 100명당 1인	입원환자 12명당 1인

235) 2015. 3. 9. 기준 위법행위를 한 정신장애인이 의료관찰법에 따라 입원이 가능한 국공립 정신병원인 지정입원의료기관을 말함.

236) http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/sinsin/shikou.html (2015. 9. 15. 최종방문).

237) 일본 의료관찰법병동의 의사, 간호사, 시설 등의 각 기준은 일본의 “지정입원의료기관운영 가이드라인(指定入院医療機関運営ガイドライン)”을 참조함(<http://www.ncnp.go.jp/nimh/>)

일본 의료관찰법병동에서는 입원환자 8명당 1인의 전문의를 기준으로 하고 있다. 한편, 우리나라 정신의료기관에서는 입원환자 약 60명당 1인의 전문의를 기준으로 하고 있으며, 공주 치료감호소에서는 입원환자 약 100명당 1인의 전문의를 기준으로 하고 있다. 이는 일본 의료관찰법병동의 기준보다 12배 이상 높은 것이라고 할 수 있다. 또한 일본 의료관찰법병동의 간호인력은 환자 1.5명당 1인인데, 우리나라 정신의료기관에서는 환자 13명당 1인의 간호인력을 기준으로 하고 있으며, 공주 치료감호소에서는 환자 12명당 1인의 간호인력을 기준으로 하고 있어, 일본 의료관찰법병동의 간호인력 기준보다 7배 이상 높다고 할 수 있다.

게다가 2015년 현재 공주 치료감호소의 인력현황은 정해진 정원도 못 채우고 있는 형편이다. 제3장에서 소개한 치료감호소 인력현황에서도 알 수 있듯이, 현재 국립법무병원에는 대부분의 직렬별 인력이 부족한 상황이다. 예를 들면, 의사의 경우 정원 17명 중 2명이 결원으로 15명이 근무하고 있다. 또한 간호사 정원은 102명이나 역시 4명이 결원으로 98명이 근무하고 있다. 이 외에도 대부분의 직렬별 인력이 정원을 채우지 못하고 있는데, 이는 치료감호소가 개소한 이래 줄곧 제기되어 온 문제이기도 하다.

이와 같은 의료인력의 부족현상은 피치료감호자의 치료의 질을 저하시키는 요인이 된다고 할 수 있다. 피치료감호자의 치료효과 제고를 위해서는 의료진의 처우를 높여 치료감호소의 의료인력을 적어도 기준 정원은 확보할 필요가 있다. 나아가 향후에는 의료인력의 정원 기준이 외국의 사법병동의 기준까지지는 못 미치더라도 적어도 우리나라 정신의료기관의 정원 기준인 환자 60명당 1인의 전문의를 확보하는 것이 바람직하다. 다행히 간호인력은 정신보건시설과 비슷한 수준을 갖추고 있으나, 피치료감호자에게는 일반 정신병원의 환자보다 더 많은 간호가 필요한 점을 고려하면 간호인력 역시 추가적인 인력이 보충될 필요가 있다.

한편, 부곡의 지정법무병원에는 현재 보호직 3명, 간호사 6명, 간호조무사 8명 총

shihou/guideline_nyuin_unei2012.pdf, 2015. 9. 15. 최종방문).

238) 2013년 기준 국립정신병원 6, 공립정신병원 13, 사립정신병원 168, 종합병원 정신과 181, 병원 정신과 133, 정신과의원 853(중앙정신보건사업지원단, 2013 정신보건통계현황집, 2014, 52면).

239) 중앙정신보건사업지원단, 2013 정신보건통계현황집, 2014, 53면.

240) 정신의료기관의 의사, 간호사, 시설 기준은 정신보건법 시행규칙 별표 2, 3 참조.

241) 2015. 8. 27. 기준(치료감호소 업무현황 기준)

17명의 치료감호소 직원이 파견되어 근무하고 있다. 이는 현재 부곡 지정법무병원 피치료감호자가 41명인 점을 감안하면 크게 부족한 형편은 아니라고 할 수 있다. 그러나 부곡 지정법무병원의 경우 응급환자 발생 등 외부병원 진료시 병동운영에 어려움이 예상되고 있다. 이러한 문제를 해소하기 위해서는 기존 국립부곡병원 인력과 협의체계를 통해 보완하는 방안이 검토될 필요가 있다.

특히, 사법병동은 2개 병동 이상 운영될 경우 병동 상호간 직원들의 유기적인 협조체계 유지가 가능하다. 향후 개소예정인 춘천, 나주 지정법무병원에서는 이러한 인력부족의 문제는 해소될 수 있을 것으로 예상된다.

(2) 조직

교도관들에 의해 감호가 이루어지는 교정시설과 달리, 치료감호소에서는 감호와 소속 간호조무사들이 감호, 계호, 환자 이송 등을 담당하고 있다. 이들은 주로 남성 간호조무사로서 전체의 70%정도만이 간호조무사 자격증을 소지하고 있다. 치료감호소 병동운영 규정(2004. 3. 31. 내규 제173호로 개정된 것)에 따르면, 병동 내 지휘체계는 병동장, 수간호사, 간호사, 책임간호조무사, 간호조무사(현재 감호인력)의 순서로 되어 있다. 따라서, 간호조무사는 의사 및 간호사의 지시에 따른 간호보조업무를 수행하여야 한다. 그러나 간호조무사는 주로 남성으로서, 여성인 간호사가 남성인 간호조무사에게 지시를 하거나 감독을 하는 것은 연령, 성별, 권한과 책임의 문제 등 현실적으로 어려운 상황이다. 이는 과거에 일반적인 정신의료기관의 경우 남자 간호 인력이 부족하여 간호조무사 자격증을 가지고 있는 남성 보호사가 진료에 참여하면서 간호사와 간호조무인력간에 발생했던 문제와 유사한 상황이라고 할 수 있다. 게다가 현재 치료감호소의 간호조무사는 간호과에서 분리된 감호와 소속의 인력으로 치료 보조인력으로 활용되기보다 치료와는 구분된 독자적인 계호, 감호, 환자이송 등의 인력으로 활용되고 있는데, 이는 바람직한 방식이라고 할 수 없다. 따라서 향후 치료감호소에서는 간호보조를 담당하는 인력과 감호만을 담당하는 인력을 구분하여, 간호조무사는 치료인력의 감독과 지시 하에서 치료를 보조하는 업무를 수행하고, 감호는 별도의 감호인력으로 구성하는 것이 바람직하다. 일반 정신의료기관에서 간호사와 보호사는 의료보조를 담당하고, 병원의 경비인력 등은 필요시 보조적으로 시설과

환자의 안전관련 업무를 수행하고 있는 것을 참고할 필요가 있다. 또한 간호사와 간호조무사간의 의료 교육, 권한 규정 등을 통해 직렬간 원활한 업무수행이 이루어지도록 개선할 필요가 있다.

다. 시설의 정비

(1) 국립법무병원

피치료감호자의 효과적인 치료를 위하여 증상의 정도·범죄의 경중 등에 따라 피치료감호자를 분리 수용할 필요가 있다. 정신보건법상 기준에 의하면 일반 정신의료기관의 입원실 1실에 정원은 10인 이하로 규정하고 있다. 그런데, 현재 국립법무병원에는 인력 및 시설의 부족 등으로 분리 수용이 어려워 일반병동 14개는 모두 50명 이상 수용하고 있으며, 그 중 10개 병동에는 1실에 70-80명 수용 중에 있다.²⁴²⁾

외국의 사법병동에서는 환자를 1인 1실 또는 2인 1실에 수용하고 있는 것과 비교하면, 우리나라의 치료감호시설은 매우 열악한 환경이라고 할 수 있다. 국립법무병원의 이러한 시설구조는 적은 수의 인력이 다수의 피치료감호자들을 효율적으로 관리감독하기에는 효과적이나, 환자의 사생활의 자유를 침해할 소지가 있으며 무엇보다도 치료에는 적절하지 못한 구조라고 할 수 있다. 따라서 향후 인력의 충원이 이루어지면 적어도 일반 정신의료기관의 기준인 1병실 10인 정도의 수준으로 병실 구조를 개편하여 개별적 치료를 위한 시설로 개선하는 것이 바람직하다.

(2) 지정법무병원

2015년 8월 부곡에 개소한 지정법무병원은 기존의 국립부곡병원의 1개동의 상층부 한 개층을 리모델링하여 치료감호시설로 사용하고 있다. 외부에서 치료감호병동으로 들어가는 출입구의 보안은 철저한 반면, 병동 내 각 병실의 문은 개방되어 있어 피치료감호자들은 병실 내에서 자유롭게 이동할 수 있다. 또한 병동 내부에는 대형 TV 겸용 강의용 전자칠판과 책상, 운동시설 등이 잘 갖추어져 있다.

그러나, 피치료감호자들은 병동 구조상 실내 운동시설만 이용할 수 있을 뿐 실외

242) 다만, 약물중독재활센터와 인성치료재활센터는 모두 2, 6, 8인용의 소규모 병실로 운영되고 있다.

운동장에서의 운동은 할 수 없도록 되어 있다. 이는 국립부곡병원 내 1개 병동의 1개 층을 리모델링하여 운영하는 관계로 피치료감호자의 운동 및 교육 공간이 협소해졌기 때문이다. 결과적으로 피치료감호자들은 종래 치료감호소에서 1시간 가량 운동장에서 햇빛을 보며 운동할 수 있었는데, 오히려 새로운 지정법무병원으로 이송되어 오면서 운동장에서의 실외 운동이 불가능하게 된 것이다. 이에 대한 개선방안으로 지정법무병원의 피치료감호자들이 국립부곡병원의 환자들과 시간대를 달리하여 운동장을 사용하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 그러나, 국립부곡병원에서는 지정법무병원의 피치료감호자들이 기존 국립부곡병원의 환자들 눈에 띄거나 그들과 섞이는 것을 방지하고자 지정법무병원의 피치료감호자들이 기존 국립부곡병원 환자들과 다른 시간대에도 병원 내 운동장을 사용하는 것도 고려하지 않고 있다. 이는 외국과 달리 위법행위를 정신장애인을 일반 정신장애 환자가 아닌 범죄인으로 바라보는 우리의 시선과도 무관하지 않다고 할 수 있다. 이러한 생각을 한순간에 변화시킬 수는 없겠으나, 적어도 피치료감호자의 치료효과 제고를 위한 최소한의 환경을 마련할 필요가 있다. 따라서 기존 국립부곡병원 운동장의 일부를 특정하여 차폐시설을 하는 등의 방법으로 지정법무병원의 피치료감호자들이 실외 운동을 할 수 있도록 하는 방안을 마련할 필요가 있다.

3. 치료처우의 변화

가. 치료 프로그램의 내실화

국립법무병원에서 국가인권위원회에 제출한 2013-2014년 약품명별 구매내역을 보면, 현재 국립법무병원의 경우 일반 정신의료기관보다 더 좋은 약물치료를 하고 있다고 할 수 있다.²⁴³⁾

반면, 비약물치료 프로그램은 정신장애의 특성, 범죄특성, 입소기간 등에 따라 개별화되지 않고 집단 프로그램 위주로 운영되고 있다. 이러한 현상의 가장 큰 원인은 수용자 대비 치료인력의 절대적인 부족을 들 수 있다. 현재 국립법무병원의 사회복지사는 5명의 정원으로 사회복지사 1인당 평균 230명의 환자를 담당해야 하는 상황이

243) 국가인권위원회 침해조사와, 치료감호소 방문조사 참고자료, 2015, 57면.

다.²⁴⁴⁾ 따라서 다양한 치료 프로그램을 효과적으로 운영할 수 있도록 적정 인력을 확보하여, 전문 치료 프로그램을 운영하는 것이 바람직하다.

특히 2015년 8월 새로 개소한 부곡 지정법무병원은 병동 개설 초기로 피치료감호자에 대한 치료·재활프로그램 등 교육부분에 대한 체계가 아직 미흡하다고 할 수 있다. 이와 관련하여 법무부에서는 2016년 국립지정법무병원 강사로 책정 등으로 심리, 미술 치료 등이 가능하도록 계획 중에 있다. 그러나 이러한 치료 프로그램 등은 피치료감호자에 대한 치료의 일환으로서 기존 국립부곡병원의 치료·재활프로그램과 인력을 활용할 수 있도록 하는 것이 지정법무병원을 설립한 취지에 더욱 부합한다고 판단된다.

나. 외래진료의 활성화

현재 치료감호소에서는 출소자의 정신질환 재발 및 재범 방지를 위하여 치료감호소 출소자 중 희망자에 한해 출소 후 10년간 무상 외래진료를 받을 수 있도록 하고 있으며, 1차에 한하여 10년간 연장이 가능하다.²⁴⁵⁾ 따라서 치료감호시설 출소자는 기존

244) 국가인권위원회 침해조사와, 치료감호소 방문조사 참고자료, 2015, 31면.

245) **치료감호법 제36조의3(외래진료)** ① 치료감호소 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.

치료감호법 시행규칙 제26조의2(외래진료의 기간·방법 등) ① 법 제36조의3에 따른 외래진료(이하 “외래진료”라 한다)는 치료감호소 출소자의 정신질환 치료를 위하여 출소일로부터 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 제22호의2서식의 치료감호소 출소자 외래진료 접수대장을 작성하여 10년간 보존하여야 한다.

치료감호법 시행규칙 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 제22호의3서식의 외래진료비용 지급 청구서에 치료감호소 출소자별 진료비 계산서를 첨부하여 매달 10일까지 법무부장관에게 제출하여야 한다.

공주 치료감호소와 지정범무병원 (부곡 이외에 나주, 춘천, 공주, 서울 국립병원 예정)에서 외래진료를 받을 수 있다. 2014년 공주 치료감호소에서 1,348명이 무상 외래진료를 받았으며, 1억 600만원의 예산이 소요되었다.²⁴⁶⁾ 지정 범무병원의 경우, 2015년 시행 이후 서울과 부곡 국립병원에서 50명 이내의 출소자가 외래진료를 받았다.

피치료감호자는 치료감호시설에서 치료가 되어 출소한 이후에도 사회 내에서 지속적으로 약물·비약물치료를 받는 것이 정신질환의 재발 나아가 재범 방지를 위하여 중요하다. 그러나 치료감호소 출소자의 외래진료가 무상임에도 불구하고 더욱 활성화되지 못하는 것은 인근에 거주하고 있는 출소자 이외에는 치료감호소 출소 후 정기적으로 공주 치료감호소나 지정 범무병원에 가서 진료를 받고 처방을 받는 것이 현실적으로 매우 어렵기 때문이다. 그나마 2015년에 국립 정신병원 5곳을 지정범무병원으로 지정한 이후 무상외래진료를 받을 수 있는 지정범무병원이 서울·경기권을 제외한 각 도별로 하나씩 마련되었음에도 여전히 더 많은 외래진료 기관이 필요함에는 변함이 없다. 왜냐하면 치료감호소 출소자들 중에는 이들을 돌봐줄 가족이 없거나 가족이 있어도 생업에 종사하고 있어서, 이들을 데리고 지정된 장소까지 치료를 받으러 다니는 것이 쉽지 않기 때문이다. 따라서 치료감호시설에서의 그동안의 치료 효과를 유지하고 출소자의 정신질환 재발 방지를 위해서는 지역병원을 활용하는 등 출소자가 계속해서 외래진료를 받을 수 있도록 해당 기관을 확대하는 등의 제도 개선이 필요하다.

다. 지역사회 내 정신보건 서비스

치료감호가 종료 또는 가종료되거나 「치료감호법」 제24조에 따라 집행 정지된 사람의 경우에는 출소 이후에도 정신보건센터에 등록하여 상담, 진료, 사회복귀훈련 등의 정신보건 서비스를 받을 수 있다(치료감호법 제36조의2). 이 외에도 치료감호소에서는 출소 이후 가정으로 복귀하기 어려운 피치료감호자를 대상으로 지역사회의 정신병원이나 사회복귀시설 등 적합한 시설로 위탁하거나 연계하고 향후 대상자를 방문하여 복약지도를 실시하기도 한다. 대표적인 사회복귀시설로는 담안선교회, 금성의 집, 법무보호복지공단 전북지부 및 심미지부 등이 있다. 그러나 이마저도 해당

246) 국가인권위원회 침해조사와, 치료감호소 방문조사 참고자료, 2015, 7면.

지역주민의 넘비현상으로 인해 그 운영에 많은 어려움을 겪고 있는 실정이다.

한편, 국립서울병원 사범정신건강증진팀의 경우, 출소자들의 사회복귀 증진과 재범 방지를 위해 서울 권역 보호관찰과와 협력하여 그 사업범위를 확대하고, 사범정신건강 클리닉을 운영하고 있다. 그러나 현실적으로 사범정신건강 클리닉은 보호관찰 대상자 중 치료감호소 출소자들 보다는 청소년을 대상으로 운영되고 있다. 또한, 대다수의 정신보건센터는 사회내 처우 대상자들을 위한 정신과적 개입을 위한 프로그램을 운영할 재정과 인력이 턱없이 부족한 것이 상황이다.

치료감호자의 정신질환 재발의 방지를 위하여 치료감호자의 치료감호시설 출소 후 지속적인 정신보건 서비스가 매우 중요하다. 그런데, 현재의 치료감호시설의 조직 및 인력 현황으로는 치료감호시설에서 치료감호자의 출소 후 관리까지 담당하는 것은 역부족이라고 할 수 있다. 따라서, 관계기관에서는 치료감호제도의 개선이라는 궁극적인 목표 아래 치료감호자의 출소 후 정신보건 서비스를 위하여 국립법무병원과 지정법무병원 이외에 지역사회 내 정신건강센터와 사회복귀시설에의 시설·인력·재정 지원도 반드시 고려할 필요가 있다.

참고문헌

• 국내 문헌

- 국가인권위원회 침해조사와, “치료감호소 방문조사 참고자료”, 국가인권위원회, 2015.
- 권수진, “독일 국외출장 보고서”, 한국형사정책연구원, 2015.
- 김상준, “현대 한국사회의 범죄 현상과 정신건강법원 시스템 도입의 필요성”, 「대한사회정신의학회 연수교육 및 춘계학술대회 자료집」, 대한사회정신의학회, 2015.
- 대검찰청, 「묻지마 범죄 분석Ⅲ」, 대검찰청 강력부 조직범죄과, 2015.
- 대검찰청, 「범죄분석」, 대검찰청, 2006-2015.
- 박귀천, “독일의 정신보건법제와 정신질환자 강제입원제도”, 「법학논집」 제19권 제2호, 이화여자대학교 법학연구소, 2014.12.
- 박정성, 김효진, “현행법상 심신장애의 판단기준에 관한 논의”, 「법과 정책」, 제18권 제1호, 제주대학교 법과정책연구소, 2012.
- 법무부 범죄예방정책국, 「범죄예방정책 통계연보」, 법무부, 2010-2014.
- 법무부, “독일형법”, 법무부, 2008.
- 법무부, “독일형사소송법”, 법무부, 2012.
- 법제사법위원회, “치료감호법 일부개정법률안 심사보고서”, 2015.
- 성경숙, “정신장애범죄자의 형사책임에 관한 연구”, 성균관대학교 박사학위논문, 2009.
- 신권철, “정신질환자의 법적 지위 - 배제에서 통합으로”, 서울대학교 박사학위논문, 2012.
- 신권철, “촉법 정신장애인 통원치료제도 도입방안”, 「범죄예방정책연구」, 제25호, 법무부, 2013.
- 안성훈, “치료감호제도의 개선방안 연구”, 한국형사정책연구원, 2011.
- 원범연·조성용, “범법정신장애자 등에 대한 법적 처우에 관한 연구”, 한국형사정책연

구원, 2003.

이곤호, “독일의 정신장애범죄자에 대한 사회내 치료제도 연구”, 국외훈련검사 연구논문집(III), 제29집, 법무연수원, 2014.

이승호, “문제해결법원의 도입에 관한 검토”, 「형사정책」, 제18권 제1호, 한국형사정책학회, 2006.

이진국, “독일과 스위스의 보안처분 집행절차 및 실무연구”, 법무부 치료감호소 연구용역최종보고서, 2010.

이진국, “형사절차상 정신장애에 대한 감정”, 「법학논총」, 제28권 제4호, 한양대학교 법학연구소, 2011.12.

장규원, 박준영, 윤현석, “각국의 치료감호제도에 관한 연구”, 법무부, 2011.

중앙정신보건사업지원단, “2013 정신보건통계현황집”, 2014.

체자레 롬브로조, M.김슨 및 N.H. 래프터 편역, 이경재 역, “범죄인의 탄생”, 법문사, 2010.

클라우스 라우벤타, 신양균·김태명·조기영 역, “독일행형법”, 한국형사정책연구원, 2010.

• 외국문헌

A. Redlich, H. Steadman, J. Monahan, J. Petrila, and P. Griffin, “The Second Generation of Mental Health Courts,” Psychology, Public Policy, and Law, 2004.

Almquist L. and E. Dogg., “Mental Health Courts: A Guide to Research-Informed Policy and Practice”, New York: Council of State Governments Justice Center, 2009.

Annette Christy, Norman G. Poythress, Roger A. Boothroyd, John Petrila, LL. M., Shabnam Mehra, “Evaluating the Efficiency and Community Safety Goals of the Broward County Mental Health Court”, Behavioral Sciences and the Law, 23, 2005.

Boothroyd, Poythress, McGaha, Petrila, “The Broward Mental Health Court: process, outcomes, and service utilization”, International Journal of

- Law and Psychiatry, 26, 2003.
- Bruce J. Winick, "Civil Commitment: A Therapeutic Jurisprudence Model", Carolina Academic Press, 2005.
- Bureau of Justice Assistance, "Mental Health Courts A Primer for Policymakers and Practitioners", 2008.
- Commonwealth of Australia, "Select Committee on Mental Health : A national approach to mental health from crisis to community(First report)", 2006.
- Daicoff S., "Law as a healing profession: The comprehensive law movement", Pepperdine Dispute Resolution Journal, 6, 2006.
- Dale E. McNiel, Renee L. Binder, "Effectiveness of a Mental Health Court in Reducing Criminal Recidivism and Violence," American Journal of Psychiatry, 164, 2007.
- Danby P. Fry, "THE LUNACY ACTS", The Poor Law Borad And The General Borad Of Health, LONDON, 1854.
- David V. James, "Diversion of mentally disordered people from the criminal justice system in England and Wales: An overview", International Journal of Law and Psychiatry, 33(4), 2010.
- E. LEA JOHNSTON, "THEORIZING MENTAL HEALTH COURTS", Washington University Law Review, 89 Wash. U. L. Rev. 519, 2012.
- E. Trupin, H. Richards, D. Werthheimer, and C. Bruschi, "Mental Health Court: Evaluation Report(Seattle Municipal Court)", Seattle, WA: City of Seattle, 2001.
- Elisabeth M. Tetlow, "Women, crime, and punishment in ancient law and society", The Continuum International Publishing Group Inc., 2005.
- Elizabeth Richardson, Bernadette McSherry, "Diversion down under — Programs for offenders with mental illnesses in Australia", International Journal of Law and Psychiatry, 33, 2010.
- Emily Slinger, Ronald Roesch, "Problem-solving courts in Canada: A review

- and a call for empirically-based evaluation methods”, *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 2010.
- Enrico Ferri, “Criminal Sociology(Translated By Joseph I. Kelly And John Lisle)”, *The American Institute Of Criminal Law And Criminology*, Boston, 1917.
- Gilbert Geis and Joseph F. Dimento, “Empirical Evidence and the Legal Doctrine of Corporate Criminal Liability”, *AM. J. Crim. L.* 29, 2002.
- Ginger Lerner Wren, “Mental Health Courts: Serving Justice and Promoting Recovery”, *Annals of Health Law* Spring 577, 2010.
- H.A. Herinckx, S.C. Swart, S.M. Ama, C.D. Dolezal, S. King, “Rearrest and Linkage to Mental Health Services among Clients of the Clark County Mental Health Court Program,” *Psychiatric Services*, 56, 2005.
- Hans Joachim Salize, Harald Dreßing, “Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders -Legislation and Practice in EU Member States”, *European Commission Central Institute of Mental Health*, German, 2005.
- Henry J. Steadman, Michelle Naples, “Assessing the Effectiveness of Jail Diversion Programs for Persons with Serious Mental Illness and Co-Occurring Substance Use Disorders”, *Behavioral Sciences and the Law*, 23, 2005.
- Jane Winstone, Francis Pakes, *Process evaluation of the Mental Health Court pilot*, Ministry of Justice Research Series 18(10), 2010.
- Jeffrey L. Metzner, Joel A. Dvoskin, “Correctional Psychiatry”, *Textbook of Forensic Psychiatry* second editon, edited by Robert I. Simon and Liza H. Gold, *American Psychiatric Publishing*, 2010.
- Karl Menniger, “The Crime of Punishment”, New York, Viking Press, 1968.
- Kutaiba S. Chaleby, “Forensic Psychiatry in Islamic Jurisprudence”, *Virginia: International Institute of Islamic Thought*, 2001.
- Leygraf, *Psychisch kranke Psychisch kranke Straftäter - Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs*, Berlin, 1988.

- M. Cosden, J. Ellens, J. Schnell, Y. Yasmeen, and M. Wolfe, "Evaluation of a Mental Health Treatment Court with Assertive Community Treatment," *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 2003.
- M. Susan Ridgely, John Engberg, Michael D. Greenberg, Susan Turner, Christine DeMartini, Jacob W. Dembosky., "Justice, Treatment, and Cost: An Evaluation of the Fiscal Impact of Allegheny County Mental Health Court", RAND Infrastructure, Safety, and environment(ISE), 2007.
- M.J. Cosden, J. Ellens, J. Schnell, Y. Yamini-Diout, "Evaluation of the Santa Barbara County Mental Health Treatment Court with Intensive Case Management", Santa Barbara, CA: Gevirtz Graduate School of Education, 2004.
- M.Moore, V. Aldige Hiday, "Mental Health Court Outcomes: A Comparison of Re-arrest and Re-arrest Severity between Mental Health Court and Traditional Court Participants," *Law and Human Behavior*, 164, 2006.
- Mikhail, Sherine, Akinkunmi, Akintunde, Poythress, Norman G., "Mental health courts: A workable proposition?", *Mental Health Law & Policy Faculty Publications*, 190, 2001.
- Norbert Konrad, Steffen Lau, "Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany", *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 2010.
- Perspektiven" der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz, 2012.
- Plato, "The Law", BOOK IX, Translated by Thomas L. Pangle, University of Chicago Press, 1980.
- R. Boothroyd, N. Poythress, A. McGaha, J. Petrila, "The Broward Mental Health Court: Process, Outcomes, and Service Utilization," *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 2002.
- Reiksts, M., "Mental health courts in Canada", The Free Library, 2008. Legal Resource Centre of Alberta Ltd, Sep 19 2015.

- Rita J. Simon and Heather Ahn-Redding, "THE INSANITY DEFENSE", THE WORLD OVER, ROMAN & LITTLEFIELD PUBLISHERS, INC., 2006.
- Robert Bernstein, Tammy Seltzer, "LOUISA VAN WEZEL SCHWARTZ SYMPOSIUM ON MENTAL HEALTH ISSUES IN CORRECTIONAL INSTITUTION: CRIMINALIZATION OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESSES: THE ROLE OF MENTAL HEALTH COURTS IN SYSTEM REFORM", University of the District of Columbia Law Review, 7(1), 2003.
- Shelli B. Rossman, Janeen Buck Willison, Kamala Mallik-Kane, KiDeuk Kim, Sara Debus, Sherrill, P. Mitchell Downey, "Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn", New York, 2012.
- Tabellenanhang zum Bericht, "Psychiatrie in Deutschland-Strukturen, Leistungen, Tammy Seltzer, "Mental health courts: A misguided attempt to address the criminal justice system's unfair treatment of people with mental illnesses", Psychology, Public Policy, and Law 11(4), 2005.
- Thompson M., F. Osher, and D. Tomasini-Joshi., "Improving Responses to People with Mental Illnesses: The Essential Elements of a Mental Health Court", New York: Council of State Governments Justice Center, 2008.
- Valmaine Toki, "Therapeutic jurisprudence and mental health courts for Maori", International Journal of Law and Psychiatry, 33, 2010.
- Wexler David B., Winick Bruce J., "Therapeutic Jurisprudence", Principles of Addiction Medicine, 4th Edition, 2008.
- Wexler David B., Winick Bruce J., Essays in Therapeutic Jurisprudence. Durham, NC: Carolina Academic Press, 1991.
- Winick Bruce J., "Outpatient commitment: A therapeutic jurisprudence analysis", Psychology, Public Policy, and Law, 9, 2003.

緒方あゆみ, 心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて, 法学研究 89号, 2010.

小西聖子・柑本美和, "カリフォルニアの犯罪者に對する 精神医療", 日本精神病院協會

雑誌 第20卷 第9號, 2001.

町野・朔・中谷・陽二・山本・輝之 編, 觸法精神障害者の處遇, 信山社, 2005.

佐藤誠, 日本の触法精神障害者の処遇制度-主として刑事施設内の処遇を中心として-, 精神障害者による危害行為の対策 第1回日中犯罪学学術シンポジウム報告書, 2008.

真先剛史, 医療観察制度の現状と課題~司法精神医療の在り方~, 立法と調査 No.264, 2007.

• 참고 홈페이지

독일 연방 사법 및 소비자보호부 <http://www.bmj.de>

독일 작센주 홈페이지 <https://www.gesunde.sachsen.de>

동아일보 <http://news.donga.com>

미국 The Free Library <http://www.thefreelibrary.com>

미국 뉴욕주 교육부 <http://www.op.nysed.gov>

미국 뉴욕주 정신건강사무소 <https://www.omh.ny.gov>

미국 사회과학연구네트워크 <http://ssrn.com>

미국 일리노이주 홈페이지 <http://www.ilga.gov>

미국 캘리포니아 주 홈페이지 <http://www.dsh.ca.gov>

법무부 예방정책국 <http://immigration.go.kr>

영국연방정부 홈페이지 <https://www.gov.uk>

일본 신경·정신의료연구센터 <http://www.ncnp.go.jp>

일본 의료관찰법.net <http://kansatuhou.net>

일본 후생노동성 <http://www.mhlw.go.jp>

일본재판소 <http://www.courts.go.jp>

중앙일보 <http://article.joins.com>

캐나다 온타리오주 보건부 <http://www.health.gov.on.ca>

캐나다 퀘벡주 법원 <http://www.courts.qld.gov.au>

한겨레 <http://www.hani.co.kr>

호주 빅토리아주 치안판사법원 <https://www.magistratescourt.vic.gov.au>

Abstract

A Study on the Mental Health Court and the Forensic Psychiatric Ward

Kwon Soo-jin · Shin Kwon-chul

Despite the development of finding the causes and treatments of mental disorders in the modern society, there are numerous crimes caused by mental disorders. Due to this reason, the criminal justice system felt the need to review the criminal trial and treatment for the mentally ill offenders. In general, mentally ill offenders receive reduced or pardoned sentences. Unlike the criminal trial, in the point of therapeutic justice, which is a special criminal judicial system for mentally ill offenders, they offer various treatments in the mental health court and the forensic psychiatric ward.

In the United States, they established a mental health court for mentally ill offenders as one of their criminal justice alternatives. In the most states in the U.S., mentally ill offenders receive reduced criminal punishments in the mental health court while taking treatment programs with their agreement or other different ways rather than the normal criminal justice system. The forensic psychiatric wards in the U.S. have different laws and ways to connect the criminal justice system and mental health system by states, but it usually means medical facilities which are responsible for treating the mentally ill offenders.

There is no official mental health court in the United Kingdom, a mentally ill offender is transferred from criminal justice system to mental health system after the court sentences the treatment order. Therefore, there is no difference

between a mentally ill offender and a patient who receives a compulsory hospitalization. However, if the court sentences a restriction on discharging from the hospital and a treatment order simultaneously for the mentally ill offender, he or she has a limitation in discharging by medical experts and other ways.

Unlike the common law, in the case of majority of countries which follow the continental laws, they do not have an independent mental health court, the normal criminal court is in charge of their trial. In Germany, admission to the psychiatric hospital without discharging until treated is possible when the offender's mental illness was the main cause of his/her offense, and was considered to have a high possibility of committing a crime. There are differences among German's forensic psychiatric wards by states, they usually facilitate as a national or a specialized ward in private psychiatric hospitals or forensic psychiatric wards which are only responsible for psychiatric treatment in the whole forensic psychiatric hospital.

In Japan, after enacting Medical Treatment and Supervision Act in 2005, they organize a committee with judges and mental health review tribunals, who are psychiatrists and sentence security measures, such as admission and outpatient treatments. Furthermore, Japan is facilitating various medical measures in a ward that is specified in Medical Treatment and Supervision Act in the national psychiatric hospital.

In South Korea, though there is no independent mental health court like the United States' one, the normal criminal court gives mentally ill offender reduced sentences or forensic psychiatry after psychiatric examination for the cause of criminal behavior. Once the revised Medical Treatment and Custody Act implements in December 2016, it would be a different mental health system than the United States' mental health court, however, it could act similarly in a way that court can request psychiatric treatments.

In the institute of forensic psychiatry, it gives the forensic psychiatry to mentally disordered people who have committed a crime. There are 1,149

offenders who are confined in 2015, and among them, mentally disordered offenders are 990, which is over 85% of the whole patients. Other than the Institute of Forensic Psychiatry, Bugok Psychiatric Hospital takes in charge of a forensic psychiatric ward as a specialized the Institute of Forensic Psychiatry, and there are 41 patients in a floor of one ward.

In the South Korea's forensic psychiatry, it is desirable to specifically regulate in the forensic psychiatry act or enforcement about the protection and limitation of forensic patient's rights. Also, even though the Institute of Forensic Psychiatry is facilitating a separate confinement according to their patient classification, it is desirable to separately confine offenders in independently specialized units. Moreover, in the case that there has been an error in the patient classification or in need of re-classification, it is generally recommended to correct those errors and periodically screen the offender. In addition, it needs to ensure the human resources of forensic psychiatry facility to the desirable number. Lastly, any forensic psychiatry related facilities should be increase for the released patient's outpatient treatment after ten years from discharging for free.

[부록] 치료감호 등에 관한 법률

시행 2016. 12. 2. 법률 제13525호

치료감호법 일부개정법률

치료감호법 일부를 다음과 같이 개정한다.

제명 “치료감호법”을 “치료감호 등에 관한 법률”로 한다.

제2조의3을 다음과 같이 신설한다.

제2조의3(치료명령대상자) 이 법에서 “치료명령대상자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 통원치료를 받을 필요가 있고 재범의 위험성이 있는 자를 말한다.

1. 「형법」 제10조제2항에 따라 형이 감경되는 심신장애인으로서 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자
2. 알코올을 식음하는 습벽이 있거나 그에 중독된 자로서 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자

제37조제5항을 제6항으로 하고, 같은 조에 제5항을 다음과 같이 신설한다.

- ⑤ 위원회의 위원 중 공무원이 아닌 위원은 「형법」과 그 밖의 법률에 따른 벌칙을 적용할 때에는 공무원으로 본다.

제6장의2(제44조의2부터 제44조의9까지)를 다음과 같이 신설한다.

제6장의2 치료명령사건

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 「보호관찰 등에 관한 법률」에 따른 보호관찰을 병과하여야 한다.

- ③ 제2항에 따른 보호관찰기간은 선고유예의 경우에는 1년, 집행유예의 경우에는 그 유예기간으로 한다. 다만, 법원은 집행유예 기간의 범위 내에서 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 신체적·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 위해 필요하다고 인정하는 때에는 「의료법」에 따른 의사, 「정신보건법」에 따른 정신건강의학과전문의 등 전문가에게 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 「의료법」에 따른 의사의 진단과 약물 투여 등 조치, 「정신보건법」에 따른 정신보건전문요원 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.
- 제50조에 제6항을 다음과 같이 신설한다.
- ⑥ 제44조의2에 따른 치료명령을 받은 사람에 대하여는 「보호관찰 등에 관한 법률」 제56조를 준용한다.
- 제51조 중 “치료감호”를 “치료감호 및 치료명령”으로 한다.

부 칙

- 제1조(시행일) 이 법은 공포 후 1년이 경과한 날부터 시행한다.
- 제2조(선고유예 시 치료명령 등에 대한 적용례) 제44조의2제1항의 개정규정에 따른 치료명령은 이 법 시행 전에 죄를 범한 치료명령대상자에 대하여도 적용한다.

신·구조문대비표

현행	개정법률
<u>치료감호법</u>	<u>치료감호 등에 관한 법률</u>
〈신설〉	제2조의3(치료명령대상자) 이 법에서 “치료명령대상자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 통원치료를 받을 필요가 있고 재범의 위험성이 있는 자를 말한다.
	1. 「형법」 제10조제2항에 따라 형이 감경되는 심신장애인으로서 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자
	2. 알코올을 식음하는 습벽이 있거나 그에 중독된 자로서 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자
제37조(치료감호심의위원회) ① 치료감호 및 보호관찰의 관리와 집행에 관한 사항을 심사·결정하기 위하여 법무부에 치료감호심의위원회(이하 “위원회”라 한다)를 둔다.	제37조(치료감호심의위원회) ① ----- ----- -----.
②~④ (생략)	②~④ (현행과 같음)
〈신설〉	⑤ 위원회의 위원 중 공무원이 아닌 위원은 「형법」과 그 밖의 법률에 따른 벌칙을 적용할 때에는 공무원으로 본다.
⑤ (생략)	⑥ (현행 제5항과 같음)
〈신설〉	제6장의2 치료명령사건
〈신설〉	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 「보호관찰 등에 관한 법률」에 따른 보호관찰을 병과하여야 한다.
	③ 제2항에 따른 보호관찰기간은 선고유예의 경우에는 1년, 집행유예의 경우에는 그 유예기간으로 한다. 다만, 법원은 집행유예기간의 범위 내에서 보호관찰기간을 정할 수 있다.
	④ 제1항의 치료기간은 제3항에 따른 보호관찰기간을 초과할 수 없다.
〈신설〉	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 신체적·심리적 특성 및 상태, 가정환경,

현행	개정법률
	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.
〈신설〉	제44조의4(전문가의 진단 등) 법원은 제44조의2에 따른 치료를 명하기 위해 필요하다고 인정하는 때에는 「의료법」에 따른 의사, 「정신보건법」에 따른 정신보건전문요원 등 전문가에게 피고인의 정신적 상태, 알코올 의존도 등에 대한 진단을 요구할 수 있다.
〈신설〉	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
〈신설〉	제44조의6(치료명령의 집행) ① 치료명령은 검사의 지휘를 받아 보호관찰관이 집행한다. ② 치료명령은 「의료법」에 따른 의사의 진단과 약물 투여 등 조치, 「정신보건법」에 따른 정신보건전문요원 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.
〈신설〉	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.
〈신설〉	제44조의8(선고유예의 실효 등) ① 법원은 제44

현행	개정법률
〈신설〉	조의2에 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.
제50조(군법 적용 대상자에 대한 특칙) ① 「군사법원법」 제2조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에 대한 치료감호사건에 관하여는 군사법원, 군검찰부검찰관 및 군사법경찰관리가 이 법에 따른 직무를 수행한다. 이 경우 "군사법원"은 "법원", "군검찰부검찰관"은 "검사", "군사법경찰관리"는 "사법경찰관리"로 본다. ②~⑤ (생략) 〈신설〉	제50조(군법 적용 대상자에 대한 특칙) ① ----- ----- ----- ----- ----- ②~⑤ (현행과 같음) ⑥ 제44조의2에 따른 치료명령을 받은 사람에 대하여는 「보호관찰 등에 관한 법률」 제56조를 준용한다.
제51조(다른 법률의 준용) 치료감호에 관하여는 이 법에 특별한 규정이 있는 경우 외에는 그 성질에 반하지 아니하는 범위에서 「형사소송법」과 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」 및 「보호관찰 등에 관한 법률」을 준용한다.	제51조(다른 법률의 준용) 치료감호 및 치료명령 ----- ----- ----- -----

연구총서 15-AA-10

정신보건법정 및 사범병동에 관한 연구

발행 | 2015년 12월
발행처 | 한국형사정책연구원
발행인 | 김진환
등록 | 1990. 3. 20. 제21-143호
주소 | 서울특별시 서초구 태봉로 114
전화 | (02)575-5282
홈페이지 | www.kic.re.kr
정가 | 10,000원
인쇄 | 한국장애인이워크협회 (02)2272-0307
ISBN | 978-89-7366-563-1 93360

연구원의 허락 없이 보고서 내용의 일부 또는 전체를 복사하거나 전재하는 행위를 금합니다.