미래사회
Journal of Future Society
2024. Vol. 15, No. 3, 86～104.
https://doi.org/10.22987/jifso.2024.15.3.86

정신질환형 범죄 대응을 위한 사법입원제도 도입 가능성

안 재 경*

한국형사·법무정책연구원

불분명한 동기에 의한 폭력범죄의 발생이 증가하고 있다. '이상동기범죄'라 불리는 이러한 유형의 범죄는 예측하기 어렵고 죄질이 매우 심각하여 대중에게 심리적·정신적으로 큰 고통을 준다. 이상동기범죄의 원인은 여러 가지가 있지만, 그중 정신질환과 관련된 문제는 형사 및 비형사사법기관에서 다양한 방식으로 정보를 인지할 수 있어 다른 유형에 비해 사전에 대응할 가능성이 크다. 즉, 자타해 위험성이 높은 정신질환형 우범자에 대한 적절한 대응책을 마련하면 그 위험성을 줄일 수 있을 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 국내에서는 아직 자타해 위험성에 기반한 사전적인 예방책에 대한 제도가 별도로 존재하지 않는다.

이러한 상황에서, 이 연구는 중증 정신질환자의 고위험행동에 대한 대응 방안으로 '사법입원제도'의 도입 가능성을 탐색했다. 사법입원제란 판사(사법기관) 내지 준사법기관에 의한 중증 고위험 행동의 정신질환자를 강제입원시키는 제도로 기본권 제한에 대한 판단과 더불어 공정성 확보가 강화될 수 있다는 장점을 갖는다. 이 연구는 특히 준사법기관에 의한 강제입원을 실시하는 영국과 호주의 모델 도입가능성을 논의하였다. 또한, 해당 제도가 국내에 적용되기 위해 해결되어야 하는 과업들에 대해 검토했다. 구체적으로는 중증 정신질환자에 대한 대응이 국가돌봄차원으로 변화되어야 하며, 의료급여수가에 대한 조정, 사법계에서의 인적·물적 차원 개선, 사법입원 대상자의 권리마련이 이루어질 필요가 있음을 제안했다. 준사법기관이 입원, 치료, 퇴원 여부를 모두 결정하게 되는 체계는 현존하는 '입원적합성심사위원회'와 '정신건강심사위원회'를 활용함으로써 가능할 것으로 판단되며, 책임 소재에 대한 명확화와 업무의 일원화를 달성할 수 있을 것으로 보인다.

주제어 : 사법입원제, 정신건강복지법, 비자의 입원, 정신질환자, 이상동기범죄

* 주저자: 안재경/한국형사·법무정책연구원 부연구위원, 범죄학 박사
/서울시 서초구 태봉로 114(우면동 142) /E-mail: jkahn@kicj.re.kr

Ⅰ. 서론

무동기 범죄(無動機犯罪, Motiveless Crime) 또는 이상동기 범죄(異常動機犯罪, Abnormal Motive Crime)라고도 불리는 일명 '이상동기 범죄'(내지 '묻지마 범죄')에 대한 논의가 활발하다. 이상동기 범죄는 폭력 사용의 동기가 불명확함을 지적하기 위한 것으로 '무동기 범죄'라 불리기도 한다. 다만 '이상동기 범죄'라는 말을 그대로 옮기면 동기가 '이상한' 범죄라는 것인데, 범죄현상에 대한 이같은 불확실한 명명은 범죄의 특성을 파악하기 어렵게 만들며, 이에 따른 적절한 통계 수집도 어렵게 만든다.[1] 마찬가지로 언론이나 일부 학계에서는 불특정 다수에 대한 폭력 범죄에 대해 폭력 사용의 동기가 불명확함을 지적하기 위해 '묻지마 범죄'라는 용어를 주로 사용하나, 이 또한 범죄특성을 명확히 파악하기엔 적절하지 않은 것으로 사료된다.[2]

해당 범죄에 대한 관련 명칭의 논의가 활발하게 이루어지고 관련 연구가 급속하게 증가하고 있는 것은 일련의 '이상동기 범죄'가 발생해오고 있기 때문이다. 지하철역, 도심 번화가, 동네 산책로 등 지역과 대상을 가리지 않는 흉악 범죄가 발생하고 있다. 2018년 12월 진료 중 환자가 휘두른 흉기에 숨진 고(故) 임세원 강북삼성병원 정신건강의학과 교수 피살 사건과 같이 정신질환자에 의한 범행, 2019년 안인득이 저지른 진주 아파트 흉기난동 방화 살인 사건과 같은 폭력적이고도 흉악한 범죄가 2024년까지도 연이어 발생하면서 관련 논의가 활발해지기 시작한 것으로 보인다.

이처럼 이상동기 범죄가 빈발함에 따라 정부는 관계기관 회의를 통해 보안카메라(CCTV) 등 범죄예방 기반시설 확충과 정신질환자 합동대응 모델 확대, 자율방범대 활동 확대 지원 등 대책 마련에 나섰다. 또한 지난 10월 4일에는 국민의힘 정책위원회와 한국형사·법무정책연구원이 이상동기 범죄에 대한 대응과 처벌방안을 토의하는 긴급토론회를 개최했다. 토론회에서 법무부는 불특정 다수에 대한 무차별적 범죄 예고 등 공중의 생명·신체에 위해를 가할 것을 위협하거나 이를 가장해 공중을 협박한 행위를 처벌하는 공중협박죄와 공공장소 흉기소지죄를 신설하는 형법 개정안을 의원입법 형태로 발의하여 관련 개정안이 국회 법사위 소위원회에 회부되어 있다고 밝혔다.

이처럼 이상동기 범죄가 빈번하게 발생함에 따라 정부는 범죄예방을 위한 다양한 대책을 마련하고 있다. 관계기관 회의를 통해 보안카메라(CCTV) 등의 범죄예방 기반시설 확충, 정신질환자 합동대응 모델 확대, 자율방범대 활동 확대 지원 등의 방안이다. 법무부는 불특정 다수에 대한 무차별적 범죄 예고 등 공중의 생명과 신체에 위해를 가할 것을 위협하거나 이를 가장해 공중을 협박한 행위를 처벌하는 공중협박죄와 공공장소 흉기소지죄를 신설하는 형법 개정안을 발의했으며, 해당 개정안이 국회 법사위 소위원회에 회부되었다.[3] 경찰 또한 경찰력 거점 배치 및 순찰 강화, CCTV·보안등·비상벨 등 범죄예방시설 대폭 확충등 경찰조직 개편 등의 논의를 실시하고 있다.

이상동기 범죄의 원인은 크게 세 가지로 파악된다. 구체적으로, 정신질환적 문제, 현실불만형, 그리고 만성분노형 등이 거론된다.[4] 현실불만이나 만성분노형의 경우 범죄의 주요 동기가 가정불화나 보

1) 박형민. (2023). 이상동기 범죄의 개념과 측정. 행정포커스, 165
2) 다만 2022년 1월 경찰은 묻지마 범죄라는 용어가 자칫 범죄의 동기가 전혀 없이 무차별적인 폭력을 일으키는 개인적 성향이 문제라는 인식을 줄 수 있어 이상동기 범죄로 명칭을 정하고 관련 통계를 기록하기 시작했다. 이에, 이 연구에서는 관련 명칭을 '이상동기 범죄'로 사용하기로 한다.
3) 법무부, https://www.moj.go.kr/bbs/moj/182/574117/artclView.do. 2024. 8. 13. 최종접속.
4) 한국형사·법무정책연구원. (2014). 묻지마 범죄자의 특성 이해 및 대응방안 연구.

복의 목적 등 개인적 차원에 있어 사전예방적 대응이 다소 어렵다고 할 것이다. 반면, 정신질환적 문제의 경우 형사 및 비형사사법기관에 다양한 형태로 정보가 인식되므로 사전 대응의 가능성이 높다. 이상동기 범죄에 관한 다양한 측면에서의 형사사법 대응방안이 존재하는 가운데 이 연구에선 정신질환적 문제로 인한 범죄가능성을 보이는 자들에 대한 대응으로 한정해 관련 논의를 전개하고자 한다. 특히, 자타해 위험이 있는 고위험 정신질환자에 대한 대응책으로 '사법입원제'를 소개하고, 해당 제도의 도입가능성에 대해 논해보고자 한다. '사법입원제도'의 중요한 역할은 정신질환자 입원치료를 통해서 범죄기회를 차단하고 범죄예방을 목적으로 한다는 사실이므로 중증 정신질환과 무관한 분노조절, 사회불만자 등은 논외로 하였다.

강조하고자 하는 점은, 본 연구의 목적이 이상동기 범죄의 원인으로 정신질환을 지적하거나 그 원인을 밝히는 것이 아니라는 것이다. 논의의 초점은 아직 명확히 범죄를 저지르지 않았지만, 심리적 취약성으로 인해 자해 또는 타해 위험 사고를 보이거나 폭력성이 발현될 가능성이 있는 정신질환자를 대상으로 한다는 데에 있다. 현재 국내에서는 범죄를 저지르지 않았으나 범죄 가능성이 예상되는 정신질환자에 대한 대응책이 별도로 마련되어 있지 않다. 이러한 상황을 위기 상황으로 간주하고, 전문가의 개입을 가능케 하는 해외의 사법입원제도를 살펴보고자 한다. 이를 기반으로 국내 형사사법제도에 도입할 수 있는 가능성을 살펴보고 이를 위해 필요한 작업을 검토할 것이다.

Ⅱ. 이론적 논의

1. 정신질환 범죄 현황

사법입원제에 관한 본격적인 논의를 실시하기 전 정신질환으로 인한 이상동기 범죄의 발생현황을 먼저 검토하겠다. 사법입원제는 아직 명확히 범죄를 저지르지는 않았지만 행동의 위험성에 대한 우려로 강제입원을 실시하는 제도이다. 따라서 정신질환형 범죄자를 관리하는 방안과는 다른 측면이 있다. 그럼에도 불구하고 간접적으로나마 정신질환으로 인한 범죄가 어느 정도 발생하고 있는지 파악해보고자 한다.

먼저 경찰에 따르면[5], 2023년에 살인 5건, 살인미수 3건, 상해 25건, 폭행 11건 등 총 44건이 이상동기 범죄로 분류되었다. 2023년이 이상동기 범죄 분류가 공식화된 첫해로 이전의 집계는 법원 판결로 간접적인 추정가능하다, 경기연구원에 따르면 2020년 이상동기 범죄는 49건(상해 12건, 폭행 7건, 특수상해 7건 등), 2021년은 45건이 선고된 것으로 보고되어[6] 큰 폭으로 감소하거나 증가하는 수치는 아닌 것으로 나타난다. 주요 형법범죄를 중심으로 2020년부터 2022년까지의 전국 이상동기 범죄 유형은 그림 [1-1]과 같다.

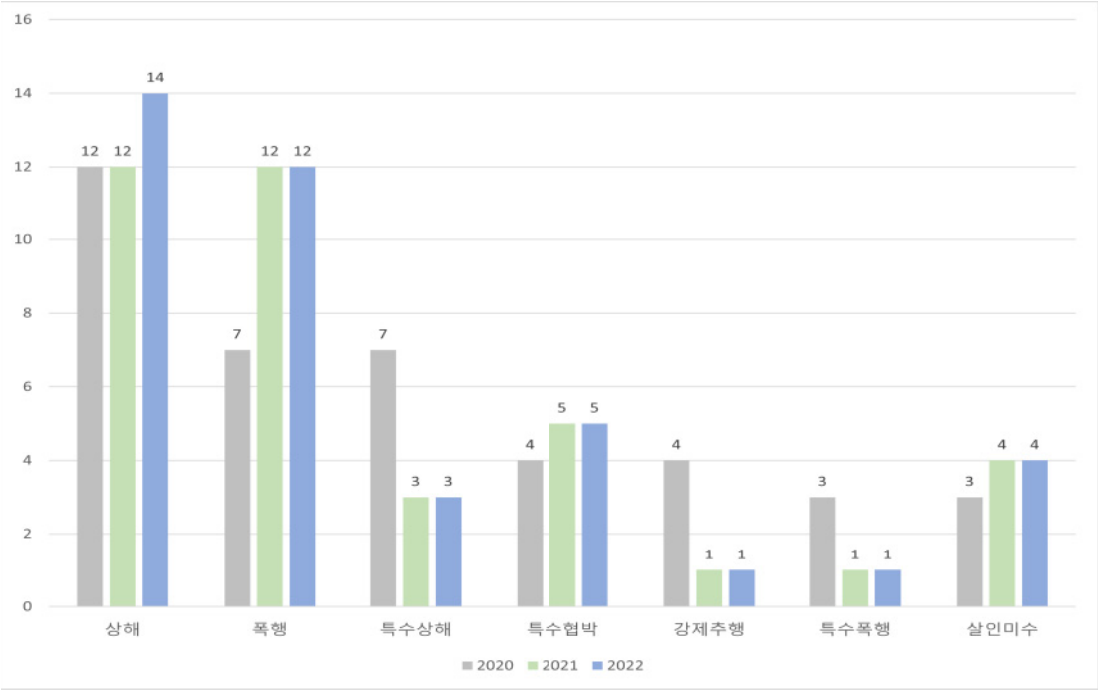
중요한 점이 이상동기 범죄를 저지른 가해자가 정신질환을 겪는 경우에 대한 것인데, 2023년 1월부터 6월까지 상반기 동안의 발생건수 18건 중 피의자 절반가량이 전과 6범 이상이었고 1~5범은 4명(22.2%), 5명(27.7%)은 전과가 없었던 것으로 파악되었다.[7] 즉 정신질환으로 인한 범죄 행위에서 약

5) 경찰은 2022년 1월 '묻지마 범죄'를 '이상동기 범죄'로 규정하면서 이를 예방할 전담팀 '이상동기 범죄 태스크포스(TF)'를 구성했다. 2024년 1월 1일부터는 시도청 단위로 각 시도청 형사과장이 팀장을 맡는 '이상동기 범죄 현장대응 TF'가 구성돼 있다(세계일보, https://www.segye.com/newsView/20240206515446, 2024. 8. 9. 최종접속). 이상동기 범죄로 분류되기 위해선 피해자 무관련성, 동기 이상성, 행위 비전형성을 요한다.

6) 경기연구원. (2024). 이상동기 범죄에 따른 피해자 보호를 위한 경기도 지원방안 연구 : 경기도 이상동기 범죄 조례를 중심으로 [경기연구원 연구보고서]

7) 사실상 '이상동기 범죄 태스크포스(TF)'를 통해 이상동기 범죄에 대한 개념화나 통계적 집계가 미비한 상황에서,

1/3(2023년 상반기 기준)이 초범이라는 점은 이미 범죄를 저지른 정신질환자에 대한 대응[8]과 별개로 선제적이고 예방적인 개입이 필요함을 암시한다.



[그림 1-1] 2020~2022 전국 이상동기범죄 유형 (출처: 경기연구원, 2024)

이상동기 범죄로 분류된 것은 아니나 정신질환에 의한 범죄로 분류된 사례의 수치를 살펴보겠다. 경찰청 범죄통계 자료에 따르면 2021년부터 2022년의 2년 사이 전국적으로 정신장애 범죄가 2021년에 8,850건, 2022년에 9,875건으로 약 12% 증가한 것으로 나타났는데, 정신장애 범죄 중 살인, 살인미수, 강도, 강간 등의 강력범죄는 총 567건이었다. 특히 정신장애 범죄자 중 강력범죄를 저지른 범죄자의 비율은 0.6%로 전체 범죄자 중 강력범죄를 저지른 범죄자의 비율인 0.17%보다 3배 이상 높은 수치로 나타났고, 또 정신장애 범죄자 중 전과가 있는 범죄자의 수가 6,390건으로 65.8%가 초범이 아니었다. 다시 말하면, 34.2%에 해당하는 정신장애 범죄자가 초범이었다.

정신질환자가 저지르는 범죄는 형사사법기관의 집계를 통해 어느 정도 파악이 가능하지만, 아직 범죄를 저지르지 않은 정신질환자의 경우 그 현황을 파악하기는 어렵다. 다만, 이를 간접적으로 살펴볼 수 있는 수치로는 다음과 같은 것들이 있다. 첫째, 초범인 범죄자 중 정신질환을 앓고 있는 비율이다. 초범인 범죄자들 가운데 정신질환을 앓고 있는 사례를 바탕으로 범죄를 저지르기 이전에 이미 정신건강 문제를 가진 인구의 규모를 추정할 수 있다. 이는 잠재적 위험성을 가진 정신질환자들이 실제

2023년 하반기에 발생한 범죄에 대한 분석 자료는 확보되지 못했다.

8) 정신건강복지법에 따른 강제입원제도와 외래치료명령제도와 같은 조치 등이다.

범죄에 연루될 가능성을 가늠하는 데 도움이 된다. 둘째, 정신건강복지센터 및 병원에서의 상담 과 진료 기록이다. 범죄를 저지르기 전에 심리적 위기 상태나 자·타해 위험성을 보인 정신질환자들이 어떤 비율로 치료나 상담을 받고 있는지를 통해 범죄로 이어질 수 있는 잠재적 위기 사례를 파악할 수 있다. 다만 두 번째 수치자료의 경우 공개된 자료가 아니기에, 첫 번째 수치를 파악할 수 있는 관련 자료를 살펴보았다.

대검찰청의 범죄분석과 경찰청의 범죄통계에서는 정신질환자이면서 초범을 저지른 경우를 별도 집계하지 않고 있으므로 유관 자료를 통해 간접적으로 살펴보았다. 대검찰청의 범죄분석 자료를 살펴본 결과 2023년 검거된 살인범죄 범죄자 전체 중 7.6%가 정신질환이 있었으며 이 중 성별의 분포는 남성이 6.4%, 여성이 13.8%이었다. 2023년 방화범죄에서는 정신질환이 있는 경우가 14.5%였고, 여성범죄자는 남성범죄자에 비해 정신장애가 있는 경우가 더 많았다(여성 28.2%, 남성 11.5%). 한편 성폭력범죄를 살펴보면, 13세 미만 아동대상 성폭력범죄 범죄자의 7.5%가 정신질환을 가지고 있었으며 13세~20세 연령층 대상으로는 주취상태의 범죄자보다 정신질환이 있는 범죄자의 비율이 더 높았다.

다음으로 전과현황을 살펴보면 2020년 기준 정신질환 범죄자 가장 높은 비율을 차지하는 것은 전과가 없는 초범(34.1%)이며, 그다음으로 높은 비율을 차지하는 것은 9범 이상의 전과자(16.9%), 1범 전과자(14.9%) 순이었다. 이는 2020년 기준 최근 5년간의 전과 현황과 유사한 것인데 정신질환 범죄자(초범)는 2016년 2,964명에서 2017년 3,048명으로 증가하였다가 이후 감소 추세를 보였으나 2020년에는 3,090명으로 큰 폭으로 증가하여 전년 대비 약 13% 증가한 것이기 때문이다.[9] 이처럼 정신질환 범죄자 중에서 전과가 없는 초범과 9범 이상 전과자의 수가 동시에 증가하고 있다는 것은 정신질환 범죄자의 재범율 뿐만 아니라 처음으로 범죄를 저지르는 고위험 정신질환자에 대한 위기관리 방안이 시급함을 의미한다.

고위험 정신질환자에 대한 대응에 주목해야 하는 이유는 정신질환자가 보이는 위험행동에 관한 경고신호를 병원, 상담기관, 경찰 등에서 인식할 여지가 있기 때문이다. 중증 정신질환자에 의해 발생한 '진주 아파트 살인 사건' 가해자의 경우 최초 문제행동을 보인 것이 사건을 일으키기 9년 전 2010년에 벌인 흉기 난동이었다. 당시 가해자는 흉기를 꺼내 일행 중 한 명의 얼굴을 그었는데, 1개월간의 정신감정 이후 심신미약이 인정되어 징역 2년에 집행유예 3년을 선고받아 3년 동안 국립법무병원에 있었다. 이후에도 사건 발생 한 달 전인 2019년 3월에도 행인을 망치로 위협하는 사건이 있었다. 즉, 정신질환에 의한 고위험 행동이 경찰, 지방자치단체, 병원에서 파악되고 있었다. 다만 정신보건법 제24조의 강제입원 등 문제로 헌법불합치 결정되었고, 폐기되어 당시 보호의무자에 의한 진단 및 강제입원이 불가능했다.

2. 사법입원제 개관

1) 사업입원제 도입의 필요성과 타 제도 비교

범죄 가능성이 높은 고위험 정신질환자의 경우[10] 자발적인 입원의사를 표시하지 않는 비자의입원을 위주로 한 대책이 존재한다. 대표적인 조치로 정신건강복지법 상의 강제입원제도와 외래치료명령제도,

9) 한국형사·법무정책연구원. (2021).; 한국의 범죄현상과 형사정책 (2021).

10) 이 연구에서는 '자·타해 정신질환자'로 통일해 일괄 서술하고 있으나 구체적으로는 타해 위험이 높은 정신질환자에 해당해 논의한다. 자해위험이 높은 정신질환자의 수 또한 적지 않지만(김은화, 정나래, 2024) 연구의 범위를 한정해 이상동기범죄의 원인으로써 타해 위험성이 높은 중증 정신질환자에 대한 논의임을 밝힌다.

그리고 사법입원제도가 있다. 이 연구에서 사법입원제에 특별히 주목하여 그 도입 가능성을 논의하는 이유는 해당 제도가 법관에 의한 입원을 결정하는 것으로 인권 보호를 달성하면서도 정신질환자에 대한 치료처분을 국가가 책임진다는 장점을 가지고 있기 때문이다.

강제입원제도와 외래치료명령제도는 현재 국내에서 활용되고 있는 제도인데, 인력난과 행정력의 소모 등 각기 다른 이유로 그 제도의 목적을 달성하지 못하는 경우가 빈번하다. 강제입원제도는 1) 보호의무자, 2) 자치단체장, 3) 응급입원 등 대상자의 의사와 무관하게 이루어지는 입원치료를 의미한다.[11] 반면 외래치료명령제도의 경우 입원 전 자·타해 위험을 보이는 정신질환자에게 1년의 범위에서 기간을 정해 외래치료를 받도록 하는 것이다. 이 경우, 국가와 지방자치단체가 비용의 전부나 일부를 부담할 수 있다.

다만 세부적인 각 유형은 현실적으로 활용되기 어려운 측면이 존재하고 있다. 먼저 보호의무자에 의한 입원의 경우, 점차적으로 1인 가족 형태가 증가하고 환자 혼자만 거주하는 경우도 적지 않다는 점에서 치료 부담이 가족에게 전가될 가능성이 높다. 다음으로 행정입원은 정신건강전문요원 또는 전문의가 자·타해 위험이 있다고 의심되는 정신질환자를 발견해 지방자치단체장에게 진단과 보호를 신청하는 제도이지만 대상자가 진단을 거부하거나 이송을 거부할 경우 이를 강제할 권한이 없다.[12] 마찬가지로 응급상황에서 정신건강 전문요원이 경찰과 함께 출동해 정신질환 여부 등을 판단해야하지만 인력난으로 인해 실질적으로 집행하기 매우 어렵다. 마지막으로 응급입원의 경우 진단 72시간 이내의 기간 동안 응급입원을 시킨 후 진단 결과 계속 입원이 필요하다면 후속 입원절차를 하여야 하는 제도인데, 병상을 찾아도 입원 승인을 해주지 않으면 입원시킬 수 없다. 만약 정신질환자가 자해로 인해 신체에 상처가 나게 되는 경우 다른 병원에서 치료를 받고 입원시켜야 하는 등 절차가 까다롭고, 이 과정에서 경찰의 행정력이 매우 낭비된다.

다음으로 외래치료명령제의 현실적 문제를 살펴보겠다. 외래치료명령제도는 2008년 도입된 제도로 정신건강복지법 64조에 근거한다. 의료기관이나 정신건강복지센터가 자·타해 행동을 한 정신질환자에 대한 외래치료 지원을 지방자치단체에 요청하면 지방자치단체에서 해당 환자가 정신질환 치료를 받도록 조치하고 비용을 보조하는 제도이다. '안인득 사건' 이후 기존 외래치료명령제도 중 병원치료를 강화하자는 목소리도 있었다. 다만 문제는 응급입원의 절차적인 요건(의사와 경찰관의 동의)이 통상적인 비자의입원보다 요건이 엄격하고, '자·타해 위험이 명백하지 않으면' 응급입원에 동의하지 않기 때문에 실제 이용건 수가 매우 저조하였다는 것이다. 더 큰 문제는 이미 자해나 타해 행동으로 '강제입원' 되었던 환자에게만 이 명령을 내릴 수 있다는 점이다. 만약에 입원한 적이 없으면 아예 명령 대상조차 되지 않고, 환자가 치료 명령을 따르지 않았을 때 강제할 법적 수단도 없다. 사정이 이러하다 보니, 2022년 기준 경찰청이 정신의료기관에 의뢰한 응급입원은 1만 251건으로 2021년 7,419건에 견줘 38.2% 증가했는데 이 중 977건(9.5%)은 결국 입원이 진행되지 못했다. 마찬가지로 2021년 의료기관이

11) 보호의무자 입원은 보호의무자 2인의 동의, 정신과 전문의 1인의 입원권고로 명확한 진단을 위해 2주간의 입원이 시행될 수 있다. 진단결과 계속 입원이 필요하다고 판단되면 2명 이상의 서로 다른 소속 정신과 전문의가 일치된 소견이 있어야 한다. 행정입원은 지방자치단체장의 진단 혹은 입원의뢰 형태인데, 2명 이상의 전문의가 입원 필요성을 진단하고 최장 6개월까지 연장할 수 있다. 응급입원은 상황이 매우 급박하여 누구든지 발견한 사람이 의사와 경찰관의 동의를 받아 정신의료기관에 의뢰하는 것이다. 기간은 3일간 입원이 가능하다.

12) 2019년 기준 서울시 행정입원 조치를 살펴면, 의뢰된 528건 중 미진행된 건이 103건에 이른다(KBS 뉴스, https://news.kbs.co.kr/news/pc/view/view.do?ncd=4288387. 2024. 8. 13. 최종접속.)

거부한 응급입원은 527건으로 전체 의뢰 건수의 7.1%이었는데 이는 2020년에 비해 증가한 수치이다.[13] 거부 사유로는 병상 부족, 당직 의사 부재, 내·외상 우선 치료 필요 등이 제시되었다. 2024년 들어 의료정책 추진 반대 집단행동에 의한 병상 부족, 의사의 부재 문제가 지속될 것으로 보이는 현 상황에서 응급입원제도의 활용은 더욱 저조할 것으로 예상된다.

2) 사법입원제도의 개념과 특징

사법입원제란 동일하게 자·타해 위험성이 있는 정신질환자를 강제입원시키는 것이나 판사가 그러한 의사결정을 한다는 점에서 기존 제도와 차별된다. 즉, 법원의 판결에 의해 입원 치료를 받게 하도록 하는 제도이다. 해외에서 실시하는 사법입원제도의 특징은 첫째, 환자 인권 보호를 강화하는 차원에서 이루어지고 있다는 점이다. 이는 중증 정신질환자를 입원하게 하는 최종 판단이 사법기관이기 때문에 그렇다. 강제입원 여부의 결정권한을 국가에 위임한다는 점에서 사법입원제에 인권침해 소지가 있다는 반대론도 존재하나, 해외 사법입원제도는 자유 박탈의 문제가 없도록 인권을 보호하기 위한 측면이 강하다. 해외의 사법입원제도를 제대로 이해한다면, 정신질환자에 대한 적절한 치료처분을 국가가 책임진다는 측면에서 인권에 대한 고려가 침해되는 일을 방지할 수 있다.

두 번째 특징은 사법입원 판단 과정에서 판사가 서류 검토에 그치지 않고 입원 대상 환자를 직접 만나 심사하는 과정이 포함된다는 점에 있다. 예컨대 사법입원제도를 실시하는 미국 대부분 주는 판사가 환자를 직접 심문한다. 이후 강제입원을 위한 요건들에 대한 충족이 되었다면 영장을 발부하고 치료시설에 이송하거나 입원시킨다. 이는 독일에서도 마찬가지인데, 강제입원 및 치료를 실시하기 전 환자의 항변을 직접 듣는 절차를 거친다.[14] 현재 국내에서 실시하고 있는 강제입원제도에서도 입원 한 달 이내에 적합성을 심사하는 입원적합성심사위원회를 거치지만 이 과정 또한 통상 서면조사만으로 판단하고, 의사의 주도 하에 강제입원이 결정된다. 그러나 사법입원제의 경우 최종 의사결정권자인 판사(법원) 또는 준사법기관이 당사자의 말을 직접 듣고 판단한다는 점에서 국가가 입원 및 치료 필요성 여부를 결정한다는 측면이 있고, 의사의 의학적 판단을 통해 법원이 추가적으로 강제입원 여부를 판단하기에 기본권 제한에 대한 판단과 더불어 공정성 확보가 강화될 수 있다.

3) 사법입원제 유형

사법입원제도는 절차적 측면과 주체적 측면에서 각 두 유형으로 나뉜다. [표 1-1]에서 보는 바와 같이 사법입원제도의 유형은 절차적으로는 판사가 중증 정신질환자의 강제입원을 사전적으로 결정하는 유형, 행정당국의 강제입원 조치가 정당한지를 사후 판단하는 유형으로 나뉠 수 있다. 그리고 결정 주체에 따라서는 의사결정권자가 법원(판사)인 경우와, 법조인과 의료전문가가 참여하는 준사법기관으로 나뉜다. 정신질환자의 강제입원 여부를 사전적으로 결정하는 대표적인 국가는 독일로, 법원이 심사 및 판단까지 하는 형태로 운영된다.[15] 독일은 연방제로 국가적 차원으로써의 통일된 정신 건강 법은 존재하지 않지만 16개의 각 주가 강제 입원 등에 관한 법률을 따로 관리하고 있다.[16] 중증 정신질환자

13) 한겨레. https://www.hani.co.kr/arti/society/health/1114365.html., 2024. 8. 13. 최종접속.
14) 물론 이 과정에서 정신질환자의 의사가 제대로 반영되지 못할 가능성도 존재하기 때문에 변호사나 사회복지사 등의 절차보좌인을 선임할 수 있다.
15) 박귀천. (2014). 독일의 정신보건법제와 정신질환자 강제입원제도. 법학논집, 19(2), 357-395.

와 같이 스스로를 통제할 수 없는 사람들을 위한 치료는 민사적인 개입이 이루어지고 있고, 법의학적(forensic psychiatry) 분야에 한정해서는 연방법과 주법이 모두 적용된다. 예컨대 형사 유죄 판결에 따라 구금이 이루어질 때 법의학적 정신과 치료를 요하는 절차는 연방형법(Strafgesetzbuch, StGB)에 따라, 자·타해 위험성이 높은 정신질환에 대한 구금은 연방민법(Bürgerliches Gesetzbuch, BGB)에 따른다.

[표 1-1] 사법입원제의 유형

절차	결정주체
사전적으로 결정 (예: 독일)	법원(판사) (예: 독일, 미국)
행정당국의 조치를 사후적으로 판단 (예: 미국)	준사법기관 (예: 호주, 영국)

미국의 경우 행정당국의 조치를 사후적으로 판단하는 형태의 사법입원제도를 실시하고 있다. 주마다 차이가 있으나 뉴욕주 제도 중 민간인을 대상으로 적용되는 민사적 수용제도(civil commitment)인 Mental Hygiene Law(MHL, '정신위생법')가 널리 알려져 있다. 뉴욕주에서는 입원이 시급한 중증 정신질환자에 대해 경찰이나 담당 의사가 환자를 먼저 입원시킨 후에 법원이 해당 조치의 합법성과 적법성을 판단한다. 뉴욕주 정신위생법은 9항(Article 9)에서 법원의 개입에 대한 법적근거가 마련되어 있는데 이 중 9.43절이 긴급 상황에서 법원의 즉각적인 개입을 제시하고 있다.[17] 해당 조항에 따르면 법원이 정신적으로 아프고 자신이나 다른 사람에게 심각한 해를 입힐 가능성이 있는 사람을 긴급 평가, 관찰, 치료를 위해 입원시킬 수 있는 권한을 규정하고 있어 강제 입원을 지시하는 명령을 내릴 수 있음이 명시되어 있다.

이처럼 독일과 미국의 사법입원제는 결정주체가 법원이라는 점이 공통되는데, 독일처럼 법원 사전 승인 방식으로 이루어지는 경우 환자 가족의 부담이 완화되는 효과가 있다. 비자의 입원 절차는 2016년 9월 헌법재판소의 강제입원 조항에 대한 '헌법불합치' 결정, 2017년 정신건강복지법 개정을 거쳐 그 보호자나 시군구청장에 의해 입원한 비자의 입원율이 하락했으나 타 국가에 비해서는 상대적으로 높은 수준(34.8%, 2021년 기준)이다.[18] 전체 강제입원에서 보호입원 조치가 상대적으로 높은 비율을 차지하고 있는 현 상태에서 법원 사전 승인 방식이 도입되는 경우 보호의무자의 부담이 완화될 수 있을 것이다.

한편 의사결정권자가 법조인과 의료전문가가 참여하는 준사법기관의 형태로 운영하는 대표적 국가로 호주와 영국이 있다. 호주는 8개의 주(州)와 준주(準州)로 이루어진 연방정부제 국가로 독일과 마찬가지로 주마다 용어나 그 체계에는 다소간 차이가 있다.[19] 호주에서는 각 주 별 체제에 따라 준사법기관을 운영하고 있는데 사우스오스트레일리아주와 호주 수도가 있는 준주의 2개의 주는 시민행정

16) Zielasek, J., & Gaebel, W. (2015). Mental health law in Germany. BJPsych international, 12(1), 14 - 16. https://doi.org/10.1192/s2056474000000088

17) 뉴욕주 Mental Hygiene Law(MHL) 9항(Article 9) 중 SECTION 9.43: Emergency assessment for immediate observation, care, and treatment; powers of courts

18) 예컨대 2018년 기준 이탈리아(12%)나 영국(13%), 독일(17%)과 달리 37.1%를 기록했고(청년의사, https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1056225, 2024. 8. 13. 최종접속), 정신건강복지법이 개정된 2017년~2019까지의 비자의 입원율이 감소추세를 보이다가 2020년도부터 증가추세를 보이기도 한다(보건복지부, 2021년 국가정신건강현황 주요지표).

19) 백상숙. (2020). 호주의 정신보건법상 정신건강심판원 제도. 외국법제동향, 14, 103-115, 105면.

심판원에서 정신건강에 관한 결정을(각 South Australian Civil and Administrative Tribunal와 Australian Capital Territory, ACT Civil and Administrative Tribunal, 나머지 6개의 주에선 정신건강심판원(Mental Health Tribunal)으로 운영하고 있다.[20] 시민행정심판원을 운용하는 두 주인 남호주와 호주특별수도구가 정신건강적 문제 뿐 아니라 의료분쟁, 임상시험 동의 여부 등 어려운 결정에 대한 자문을 제공하는 기관이라면[21] 정신건강심판원(Mental Health Tribunal)은 정신질환자에 한해 그 권리를 보장하거나 강제입원을 결정하는 기관이다. 정신건강심판원은 그 구성인원으로 모두 정신과의사 또는 법률전문가를 요하고 있고, 대부분 3년 내지 5년의 임기제로 운영된다. 독특한 점은 법원의 요구사항을 지원하기 위해서 법무부의 정규직이 파견되어 해당 정신건강심판원의 임기직(part-time) 구성원으로 근무할 수 있다는 점이다.

정신건강심판원의 운영은 기본적으로 판단이 이루어져야 하는 대상자의 연령대와 정신질환 상태, 주 별 운영 지침에 따라 시기가 다르다. 다만 일반적으로는 한 달 전후로 판단이 이루어지도록 하는 것으로 특히 서호주의 경우 대상자가 성인일 경우 35일 이내, 미성년자일 경우 10일 이내로 한정하여 차등을 두고 있다.[22] 또 노던테러토리 주에선 대상자가 정신장애(mental disturbance)의 경우 구금된 지 14일 이내, 정신질환(mental illness)인 경우 3개월 이내, 인지장애(complex cognitive impairment)인 경우 14일 이내, 지역사회 처우(care in the community)인 경우 6개월 이내로 규정되고 있다. 즉, 대상자의 질환 수준, 판단의 시급성에 따라 차등을 두고 있다. 남호주와 호주특별수도구에서 운영하는 시민행정심판원의 경우 정신건강 문제 외적인 사안도 다루기 때문에 국내의 체제에 도입하기에는 다소 적합하지 않으나, 기본적으로 정신과의사와 법률전문가 등 관련 분야 전문가로 구성되고 임기제로 운영되는 형태라는 점에선 공통된다.

준사법기관을 운영하는 또 다른 국가는 영국인데, 호주와 유사하게 정신건강재판원(Mental Health Tribunal)의 강제입원 절차를 규정한다. 영국 또한 호주처럼 행정팀(또는 재판소 사무실)과 협력하도록 하기도 하는데, 기본적으로는 독립적 기관이다. 정신건강재판원에 회부된 사건은 정신건강법 제2조(Section 2 of the Mental Health Act)에 따라 구금된(detained, 병원 강제 입원) 대상자의 경우 7일 이내, 비제한(non-restricted, 법원명령없이 입원된 경우)의 경우 2개월 이내, 제한된(restriected, 법원 명령에 따라 병원으로 이송된 경우) 경우 3개월 이내에 열리도록 하여 호주와 유사하게 기간적 제한을 둔다.

영국의 정신건강재판원 또한 민사적 명령이기 때문에 법정 절차를 차용하면서도 다른 형태의 법정보다는 유연하게 운영된다. 즉, 인터넷을 통한 원격 비디오 심리로도 열릴 수 있고, 가족이나 가까운 관련자(Independent Mental Health Advocate)의 경우 신청을 하면 참석할 수 있다. 재판원은 입원명령 판단 뿐 아니라 퇴원을 촉진하기 위한 권고, 다른 병원으로의 이송, 외출 허가, 지역사회로의 퇴원 등의 결정까지 내린다.

3. 사법입원제 쟁점과 국내 도입을 위한 해결과제

1) 기존 기구와의 연계를 통한 전담기구의 일원화

이 연구에서는 사법입원제도 중 준사법기관의 형

20) 백상숙. (2020). 호주의 정신보건법상 정신건강심판원 제도. 외국법제동향, 14, 103-115, 105면.
21) 백상숙. (2018). 호주 사전의료계획과 결정에 관한 법. 최신외국법제정보, 6, 126면.
22) Government of Western Australia, https://www.mht.wa.gov.au/documents/annual-reports/, 2024. 8. 13. 최종 접속.

태로 운영하는 호주 및 영국 체제의 도입을 제안하고자 한다. 결정주체가 법원(판사)이 아닌 법조인과 의료전문가가 참여하는 준사법기관의 형태를 제안하는 이유는 현재 운영되고 있는 제도인 '입원적합성심사위원회' 그리고 '정신건강심사위원회'를 활용할 수 있기 때문이다.

먼저 '입원적합성심사위원회'(이하 입적심)는 국립정신병원 5곳에 의사·법조인·당사자 등으로 구성된 기구이다. 법률에 따라 정신질환자의 강제입원을 일정 기간 유지하려면 입적심에서 입원유지가 적합하다는 판단을 내려야한다. 입적심이 생겨난 것은 그리 오래된 일이 아닌데, 입원적합성심사제도 자체가 2016년 정신건강보건법 중 24조 제1항 및 제2항(강제입원)에 대한 헌법불합치 결정, 강제입원에 있어서 공정하고 독립된 심사기구의 부재로 인해 환자의 자기결정권이 침해당했던 점 등으로 인해 입원적합성심사위원회를 신설하였기 때문이다.[23]

입적심의 위원회는 위원장을 포함하여 10명 이상 30명 이내의 위원으로, 월 1회 이상 회의를 개최하며, 의사·법조인 등으로 구성되어 있기에 그 형태가 호주의 정신건강심판원, 영국의 정신건강재판원과 유사하다. 마찬가지로 '정신건강심사위원회'는 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 임명한 5명 이상 9명 이내의 위원으로 구성, 월 1회 이상의 위원회 회의 개최를 규정한다.

다만 차이가 있다면 해외의 준사법기관은 치료를 위한 입원과 계속입원, 퇴원명령까지 전담하는 반면 국내의 경우 치료를 위한 입원(입원적합 결정)에는 입원적합성심사위원회, 계속입원(입원연장결정)은 정신건강심사위원회[24]의 소관으로 이루어져 이원화되어있다는 점에 있다. 위원회 업무의 특성상 두 위원회의 위원들이 중복될 수도 있으나[25] 이와 관련된 명시된 규정이 없고, 입원심사기관을 양분하여 두는 것은 관리상 비효율적이기에 심사과정을 일원화하는 형태가 필요하다. 이외에도 국내의 현행 입원적합성심사제도는 위원 자격에 대한 법률 미비[26], 정원 수 범위 확대에 따른 필수 참석 인원 확보 어려움, 심사업무과정으로 인한 높은 심사 각하 비율(전체 신청 건수의 22.4%)[27] 등의 문제를 갖고 있다. 이만우(2021)의 지적에 따르면 2021년 10월 기준으로 전체 심사 건수에서 부적합 판정 비율은 1.41%로 매우 낮아 심사가 다소 형식적으로 진행되고 있다는 의구심이 존재하고,[28] 심사시간도 구체화되어 있지 않으며, 대면조사가 점차 감소하여(25%) 형식적 절차로 전락될 가능성이 농후하다. 이러한 이유로, 입원과 계속입원, 퇴원명령까지 전담하는 일원화된 입원심사기관이 필요하다.

2) 국가 돌봄 차원으로서 중증 정신질환 문제로 접근

정신건강복지법이 2016년 이후 보호(의무)자제도

23) Lee, D. J. (2018). Re-establishing mental health welfare law for respecting human rights and deinstitutionalization (p. 78, p. 157). Seoul: The Korean Medical Association Research Institute for Healthcare Policy.

24) 국립정신병원 산하 입원적합성심사위원회가, 입원연장 및 퇴원청구에 대해서는 시·군·구청장 산하 정신건강심사위원회가 심사하도록 되어 있다.

25) 신권철. (2018). 정신건강복지법의 시행과 입법평가. 입법평가연구. 13. 15-68.

26) 입적심의 위원장이 자율적으로 임명 또는 위촉하며 전문분야별로 위원 구성의 자격요건이 법률로 명확하게 규정되어 있지 않다(이만우. (2021). 입원적합상심사제도의 문제점과 개선방안-법·제도의 설계·운영 및 효과성 분석을 중심으로. 국회입법조사처).

27) 이만우. (2021). 입원적합상심사제도의 문제점과 개선방안-법·제도의 설계·운영 및 효과성 분석을 중심으로. 국회입법조사처.

28) 이만우. (2021). 입원적합상심사제도의 문제점과 개선방안-법·제도의 설계·운영 및 효과성 분석을 중심으로. 국회입법조사처.

에 대한 법을 개정·폐지하였고 의료보호입원에 있어 가족 등의 동의로 전환하는 등 일부 내용을 개편하였다. 즉 정신질환으로 인한 자·타해 위험성이 심각하여 입원치료가 필요하다는 정신건강의학과 전문의의 진단이 있으나 환자가 입원치료를 거부하는 경우, 보호의무자 2인의 신청으로 진행되는 비자의적 입원 유형인 '보호입원'은 애초 강제 입원절차를 자제하고 정신질환자 스스로의 선택을 존중하여 인권을 보호한다는 목적으로 과거 「정신보건법」이 「정신건강복지법」으로 전면 개정하면서 실시된 것이다([표 1-2]).

[표 1-2] 정신질환자 입원 유형(http://crmh.or.kr/sub/sub08_01.php?boardid=news&mode=view&idx=30)

의지	유형	결정주체	절차
자의	자의 입원	환자 스스로	전문의 판단+ 환자 동의
	동의 입원	정신질환자	전문의 판단+ 보호의무자 1인 동의
비자의 (강제 입원)	보호 입원	중증 정신질환자의 입원치료 거부 시	전문의 2인 판단+ 보호의부자 2인 신청
	행정 입원	보호의무자 부재 시 및 경찰관 발견	지방자치단체장이 전문의 집단 근거로
	응급 입원	자·타해 위험이 우려되는 경우	발견자+전문의 및 경찰관 동의

그러나 그 면면을 살펴보면, 여전히 보호의무자에게 다양한 의무를 부담시키고 있어 대응의 개선이 필요하다. 물론 서구의 경우에도 가족이나 후견인에게 입원에 대한 신청권한을 부여한다. 그러나 살펴본 바와 같이 별도의 독립된 기관(또는 판사에 의해)이 입원심사를 실시하기에, 가족의 입원동의권이 사실상 입원결정권한이 되어버리는 국내의 제도와는 차이가 있다.[29] 나아가 개정법에 따르면 정신건강의학과 전문의 2인, 보호의무자 2인이 '모두' 동의해야 환자를 입원시킬 수가 있는데 결국 보호의무자에 대한 권한과 의무의 부담이 여전히 가족제도 내에 편입된 상태이다.[30]

마찬가지로 보호의무자는 부모·조부모 등 '직계'만 적용되므로 배우자가 없는 정신질환 환자의 경우 부모 중 1명만 있으며 조부모가 돌아가셨거나, 중증치매로 판단력의 희박할 땐 보호입원이 사실상 불가능하게 된다.

조현병 환자 중에서도 환각과 망상에 빠지면 공격적이고 과격한 행동을 보이는 양성증상의 경우 자·타해 위험행동의 가능성이 높다. 조현병을 겪는 중증 정신질환자가 항상 자·타해 위험성이 있지는 않으나 적절히 치료받지 않고 방치된 경우 주변인에게 폭력적인 공격성을 표출하는 경우가 있으므로 보호입원이 시급하게 이루어져야 할 필요가 있다고 할 것이다. 그러나 보호의무자 2인의 규정으로 인해서 그 요건이 보다 더 어렵게 되었다. 최근 5년간 보호의무자 입원을 신청했다가 거절당한 경우를 살펴보면 그 실태가 심각한데, 총 2,194건 중에서 증빙서류 미비(예컨대 보호의무자인 부모가 아니라 형제 부모라면 동거 사실이나 경제적 부양 사실을 증명해야 함)가 517건(23.6%)을 차지해 보호의무자에 대한 부담이 더욱 가중되는 실정이다. 즉, 핵가족과 1인 가구가 많은 현황과는 거리가 있는 제도이다.

한편 환자가 병원에 이송된다 해도 또 다른 문제는 정신건강의학과 전문의 2인에 대한 규정이다. 전문의 2인 가운데 1명은 국·공립이나 보건복지부장관이 지정한 정신의료기관에 소속된 의사여야 한다. 이하에서 살펴보겠으나 국내 의료체계의 현실상

29) 신권철. (2018). 정신건강복지법의 시행과 입법평가. 입법평가연구. 13. 15-68.
30) 신권철. (2018). 정신건강복지법의 시행과 입법평가. 입법평가연구. 13. 15-68.

국공립 정신의료기관에 근무하는 전문의의 인력문제, 수가 문제, 관련 서류 및 절차 확인의 행정 부담으로 인해 전문의 2인의 동의가 현실적으로 어렵다는 문제점을 갖고 있다.

이 외에도 43조 4항이 현실성이 떨어진다. 이에 따르면 정신질환으로 2주 이상 보호입원·행정입원을 하는 경우에는 연장입원은 물론 최초 입원 시에도 전문의 2인에게 받은 진단서가 필요한데, 문제는 지정기관의 확보가 어려울 때 환자 퇴원이 이루어져야 하고 이에 대한 법적 책임이 명확하지 않다는 것이다. 법률에 따르면 서로 다른 정신의료기관 등에 소속된 2명 이상의 전문의를 확보해야하나 진단 자체가 적기(2주 이내)에 이루어지지 않게 되면 환자를 지정진단의료기관으로 퇴원 시켜야하는데, 이 경우 해당 기관이 지게 될 업무 부담과 퇴원시의 현실적 어려움은 매우 크다.[31] 나아가 '2인 진단' 제도로 인해 마치 A라는 민간병원에 대한 입원 판단을 B 병원이 진단하게 되는 형태를 띄고 있다. 이는 제도상으로 비효율적이다. 뿐만 아니라, 추가 진단을 할 수 있는 국·공립 및 지정 진단 의료기관의 전문의 인력이 턱없이 부족하다는 점을 상기하면 개선이 필요한 부분이다.

이상과 같은 보호입원 절차의 단점에서 알 수 있듯 고위험군을 관리하고자 하는 행정입원이나 응급입원제도는 사실상 신고를 접수하는 기관(경찰), 사례를 관리하는 기관(정신건강복지센터), 치료기관(병원)이 제각각이라 효과적인 관리가 어렵다는 문제가 있다. 따라서, 정신질환 치료 방치를 막기 위해 국가돌봄차원으로서 중증 정신질환 문제를 바라볼 필요가 있다. 법 개정이 이미 몇 차례 이루어졌음에도 불구하고 자·타해 위험성이 높은 중증 정신질환자에 대한 관리 절차가 사실상 보호의무자의 의지나 의료전문가의 희생에 달려있기 때문이다. 책임 소재에 대한 명확화와 업무의 일원화를 위해 초기 진단부터 치료까지 국가가 관리하는 형태의 대응이 필요한 시점이다.

3) 법률적 측면 : 준사법 절차로 전담

이러한 현실 속에서 중증 정신질환자에 대한 대응으로 사법입원제도가 도입되기 위해선 기본적으로 의료계, 사법계 전반에 걸쳐 인적자원과 물적자원의 개선이 이루어질 필요가 있다. 2023년 8월 강북 삼성병원 임세원 교수 사망 사건, 경남 진주아파트 방화살인 사건으로 김상희[32], 윤일규 의원안[33]이 연달아 사법입원제도 도입에 대한 입법안을 제시한 적이 있는데, 당시 대법원은 판사·재판보조인력·호송인력 등 인적자원 및 물적자원 확보를 위한 지원이 선행되어야 함을 이유로 '신중검토' 의견을 내놓았다.[34]

구체적으로 어떠한 작업들이 선행되어야 하는지 검토해 보도록 하겠다. 먼저 인력측면에선 사법입원제도가 도입되는 경우 판사 1인당 담당할 입원심사 사건이 많아질 것이 예상된다는 반론이 존재한다. 그 경우 사법입원제도의 핵심인 대상자에 대한 대면심사와 그에 대한 판단이 서면심사로 이루어져 형식화될 가능성에 대한 우려가 제기된다. 그러므로 법원이 강제입원 사건을 모두 심리하려면 판사 178명·조사관 893명을 증원해야 하고, 국선변호사 선임비용 연간 214억 원이 필요하다는 주장이 있다.[35] 이 경우 법관 증원의 문제가 현실적으로 어렵다는 단점이 있다.

31) 애초에 단기 입원과 장기 입원으로 구분하더라도 2주의 시점은 적절하지 않다. 재원 기간이 가장 짧은 대학병원에서도 입원 기간이 3~6주에 이르는 것으로 나타나 최소 3주간의 기간이 요구된다.
32) 김상희 의원 대표 발의(2018. 5. 24. 의안번호 제13728호)
33) 윤일규 의원 대표 발의 (2019. 1. 25. 의안번호 제18323호)
34) 한겨레, https://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/1103503.html, 2024. 8. 13. 최종접속.
35) 서울시립대학교 산학협력단. (2016). 정신보건법상 강제입원제도 개선과 가정법원의 역할'

그러나 전술한 바와 같이 판사가 심리하는 형태가 아닌 준사법기관에 의해 판단되게 되는 정신건강심판원의 체제를 채택하는 경우, 기존에 존재하는 입적심 제도를 활용할 수 있어 사법부 인력 부족의 문제가 상대적으로는 크지 않다고 할 것이다. 이미 구성인력과 모임시기 자체가 영국(정신건강재판원) 및 호주(정신건강심판원) 사법입원제도와 유사하기 때문에 기존 제도의 활용이 보다 효과적일 것이다.

준사법기관에 의한 심리 형태를 띠게 된다면 판사 인원에 대한 양적인 확보 문제, 정신건강 문제를 판별하기 위한 전문성 있는 판사 인원에 대한 질적인 확보 문제 모두 법관에 의한 심리형태를 채택하는 경우에 비해선 그 부담이 상대적으로 높지 않다.

4) 의료체제 측면 : 의료급여수가 개선

준사법 절차를 따라 운영되는 사법입원제도의 시행 시 개선 필요성이 시급한 부문이 의료급여수가이다. 현재로써도 정신질환 국가책임제가 논의될 때 수가 제도에 대한 논의가 필수적인 이유는 공공 정신 의료서비스의 수가가 기본적으로 매우 낮고, 정신질환 수가가 획일화되어 있기 때문이다. 즉, 정신질환 환자에 대한 수가가 동일해 중증과 경증에 차이가 없다. 이러한 이유로 정신의료기관은 중증응급입원환자에 대한 인력과 자원의 소모문제로 병원은 환자를 기피할 수밖에 없는 것이다.

준사법 기관으로 운영되는 사법입원제도가 도입되더라도 그 구성인력은 여전히 정신건강전문의가 포함된다. 수가 차이가 없게 된다면 증상이 심한 환자에 대한 진료가 열악한 상황에서 이루어질 가능성이 높으므로, 중증도에 따른 환자별 수가 차이가 이루어져야 함이 필수적이라고 할 수 있겠다.

마찬가지로 사법부 관계자, 정신건강전문의, 인권단체 등으로 구성된 준사법기관에 의한 판단이 이루어질 때 초기에 빠른 진단과 치료가 가능해져 중증 정신질환자에 의한 고위험 문제행동의 발생 가능성이 감소할 가능성도 크다. 결국 정신질환자에 의한 위험행동의 발생은 조기 개입과 치료가 핵심이기 때문이다. 그러나 현행 제도로는 이미 범행을 저질러 피해가 발생하거나 질환이 매우 악화된 상태에서만 병원에 접근이 가능하도록 되어있다.

특히 시급한 과제는 자해 또는 타해 위험성이 높은 중증 정신질환자를 친족이나 지역사회 구성원에게 위해를 가하기 전에 분리하여 격리하는 조치를 마련하는 것이다. 준사법기관에 의한 판단, 그리고 강제입원에 대한 동의가 이루어지더라도 정신과 질환이 다른 질환과 유사한 수준의 의료진의 수, 의료수가를 갖는다면 치료수준이 낮아질 수 있다. 이 경우, 사법입원제도의 장점을 극대화해 활용할 수 없게 된다.

건강보험심사평가원(2021)은 수가체계 개선 방안으로 의료급여 정신질환 입원영역에 건강보험과 동일하게 행위별 수가제를 적용하는 방안, 행위별 수가제 외에 정신의료서비스에 적합한 수가체계를 고안하여 건강보험과 의료급여에 동일하게 적용하는 방안, 현행의 일당정액수가제를 보완하여 개선하는 방안[36] 등 크게 세 가지를 제시하였다. 이 중에서 두 번째 방안, 즉 행위별 수가제 방식이 호주에서 차용하고 있는 것으로 정신질환 임상특성을 고려해 수가를 차등하는 방식이 검토될 필요성이 큰 것으로 보인다.

5) 사법입원 대상자의 항변 기회 의무 및 재심절차 마련

사법입원 제도의 도입 및 정착과 더불어 중요한

36) 마지막 방안은 건강보험과 의료급여의 정신의료서비스 수가체계가 다르게 적용되므로 근본적인 형평성 문제가 해결되지 못하기에 현실적인 어려움이 따른다(건강보험심사평가원. (2021). 정신질환 수가체계 개선 방안).

것이 사법입원대상자에 대한 인권침해에 대한 대책이나 부작용에 대한 논의이다. 사법입원제에 의한 재판 절차는 정신질환자들에 대한 구금, 보호, 치료에 대한 강제 절차를 허가하고 검토하는 기관으로 개인의 자유에 직접적인 영향을 미친다. 무엇보다도 사법입원제는 인신 구속에 해당하니 만큼 신중히 접근하여야 할 필요성이 큰데, 인권침해 논란을 최소화되기 위해서 환자의 항변 기회를 의무화하거나 재심 절차를 마련하는 등 보완책도 고민해야 할 필요성이 있다.

해외의 경우 사법입원 절차에서 개인의 자유가 침해되지 않도록 함을 강조하고 있다. 예컨대 스코트랜드의 2003년 정신건강재판소 옹호 지침(Mental Health Tribunal Advocacy Guidelines) 섹션 1(Section 1)에 따르면 재판 절차에서 개인의 참여를 중시하며, 이는 자유와 관련된 중요한 문제이기 때문에 더욱 강조함을 밝히고 있다. 나아가, 섹션 259(Section 259)에서는 정신 장애를 가진 모든 사람들에게 독립적인 옹호 권리를 부여해야 한다는 조항을 담고 있다.[37] 구체적으로, 정신질환자가 자신을 대상으로 이루어진 결정에서 의견을 표명할 권리를 보장하는 독립적 옹호(Independent advocacy) 조항이다. 예컨대 정신 질환이 있는 모든 사람은 독립적 옹호에 대한 접근 권리를 가져야 하며, 따라서 259조 (a)에선 각 지방 자치 단체는 (또는 각) 관련 보건 위원회와 협력하여; (b) 각 보건 위원회는 (또는 각) 관련 지방 자치 단체와 협력하여 정신 질환이 있는 지역 주민에게 독립적 옹호 서비스를 제공하고 해당 주민이 해당 서비스를 이용할 기회를 갖도록 적절한 조치를 취해야 한다고 명시한다. 이러한 독립적 옹호에 대한 접근 권리는 연령, 장애, 민족적 기원, 문화, 신앙, 종교, 성적 지향, 사회적 배경 또는 개인적 상황에 관계없이 정신질환이 있는 모든 대상자에 해당되고, '정신질환자가 자신의 필요와 생각을 표현하고 의견을 제시할 수 있도록 도움을 주는 행위'도 포함된다. 이를 통해 정신질환자는 논의되는 문제를 이해하고, 주어진 정보에 입각한 결정을 내릴 수 있도록, 다른 사람에게 자신의 의견을 전달할 수 있도록, 자신의 이익을 대변해서 치료나 관리와 관련된 의사결정에 참여할 수 있는 권리를 보장받는다.[38]

나아가, 지역 당국과 보건 관련 위원회는 환자가 독립적 옹호에 대한 접근이 가능한지, 해당 권리를 보장하는 권리를 알고 있는지 확인하기 위한 조치를 취해야 한다. 즉 독립적인 옹호 권리는 환자를 대신하여 결정을 내리는 것이 아니지만,[39] 환자의 의사 결정을 촉진하기 위해 지원을 제공하는 것으로 볼 수 있다.

중요한 것은 독립적 옹호의 권리를 행사하는 것과 준사법절차에 의한 정신건강심의 결과가 독립적이어야 한다는 것이다. 정신질환자는 자유롭게 자신의 독립적 옹호 권리를 행사할 수 있으며, 정신건강심의에 참여하는 전문가는 여전히 대상자에 대한 전문적이며 객관적인 판단에 대한 행사를 실시할 의무가 있다.

정신질환자의 권리를 보장하기 위한 독립적 옹호 서비스 제공자는 정신질환 대상자의 처우 판단에 있어 영향을 받지 않도록 '독립적'이어야만 한다. 이를 위해 259조에선 옹호 서비스 제공자의 자격을 함께 서술하고 있다. 구체적으로는 지방 자치 단체

37) Scottish Independent Advocacy Alliance. (2012). Mental Health Tribunal Advocacy Guidelines A companion to the Code of Practice for Independent Advocacy. https://www.siaa.org.uk/wp-content/uploads/2021/02/SIAA_Mental_Health_Tribunal_Guidelines.pdf

38) Mentalwelfare commission for scotland. (2018). The Right to Advocacy. https://www.mwcscot.org.uk/sites/default/files/2019-06/the_right_to_advocacy_march_2018.pdf

39) Mentalwelfare commission for scotland. (2018). The Right to Advocacy. https://www.mwcscot.org.uk/sites/default/files/2019-06/the_right_to_advocacy_march_2018.pdf

나 보건 위원회이어야 하고, 그 역할이 독립적 옹호에 한정되는 유일한 것이어야 하고, 업무가 독립적 옹호 제공과 충돌하지 않아야 하는 것 등이다. 만약 옹호자가 이해 상충이 있는 경우, 모든 관련 당사자에게 이를 알려야 하며 서비스 제공을 중단해야 한다.

정신건강심판 대상이 되어 그 적용을 받는 경우 독립적 옹호 서비스는 단순히 '알 권리'에 국한되지 않는다. 대상자는 재판절차에서 의사결정과정의 중심에 서게 되는데, 이 또한 독립적 옹호에 의해 보장받는 권리이다. 정신질환 대상자는 재판절차 중단을 원하는 경우라면 옹호 활동가나 변호사를 통해 요청하기만 하면 된다. 옹호 활동가는 대상자의 법적 권리와 절차들에 대해 필요한 경우 상세히 고지하고 이해를 도모할 의무가 있다. 스코트랜드의 사례는 준사법기관에 의한 사법입원제도가 본질적으로는 치료적 성격을 가지고 있음을 강조한다. 이는 재판소에서 심리하는 대부분의 사건에 환자가 직접 참석한다는 사실에서도 간접적으로 알 수 있다.[40]

6) 사법입원제도를 통한 지역사회에서 치료 및 보호를 위한 인프라 확충

마지막으로 지역사회에서의 치료와 보호를 위한 인프라 확충이 필요하다. 우리나라에서 현실적으로 사법입원제도를 제대로 정착시키려면 중증 정신 장애인들이 일방적으로 병원이나 시설에 입원시켜 수용되 갇혀 지내는 틀을 벗어나 지역사회에서 치료와 보호를 받을 수 있도록 인프라 확충에 나서는 것이 필요하다. 현재 국내엔 정신질환으로 인한 위기상황에서 자해나 가해, 타해 등 위험한 상태로 가지 않도록 당사자한테 휴식과 회복을 지원하는 위기지원 쉼터[41]가 전국에 3곳뿐이다.[42] 즉, 지역 편중 현상이 심각하다. 이를 해결하기 위해, 사법입원제도와 연계할 수 있는 지원 기관을 전국적으로 확충해야 할 것이다. 이러한 점에서, 지원기관을 늘리고 확충하여 사법입원제도와 연결하는 방법을 살펴볼 필요가 있다.

호주의 경우 전국에 걸쳐 정신건강 서비스를 균형 있게 제공하기 위한 체계가 존재한다. 주요 대도시 이외에 정신건강관리를 제공하기 위해 존재하는 Royal Flying Doctor Service(이하 RFDS)는 비상의료 서비스 체제는 주로 시골이나 외딴 지역에 사는 사람들에게 의료 지원을 제공하는 기관이다. 1928년에 설립된 RFDS는 의사와 의료진이 항공기를 이용해 의료 접근성이 부족한 지역으로 이동하여 응급 치료, 일반 진료, 건강 검진 등을 제공하는 시스템을 운영하고 있다. 자금의 대부분은 연방 정부, 주 및 준주에서 조달하고 있으며 주 및 준주에서 조달되는 규모는 2018~2019년 기준 64억 달러에 이른다.[43]

인프라 확충은 중증 정신질환 환자 가족들의 고통을 덜어줄 수 있다. 현재 비자의 입원 여부는 정신질환자 가족들이 결정하는 경우가 많아 가족에게 큰 부담을 안긴다. 사법입원제도가 도입되면 판사나 준사법기관이 입원 여부를 결정하게 되겠으나, 근본적으로 입원 병실 부족 문제나 환자의 병식(病識)

40) Morrow, J. Overview of the Mental Health Tribunal for Scotland. https://www.mhtscotland.gov.uk/mhts/files/MentalHealthLawReview_Article_DrMorrow_Overview_of_MHTS.pdf

41) 위기지원심터는 자살방지 등과 같은 긴급한 사유로 상담이 필요한 정신질환자를 임시로 보호하면서 상담·치료 등을 지원하는 시설이다(출처: 메디게이트 뉴스, https://medigatenews.com/news/2756758253)

42) 정신질환 환자가 이용할 수 있는 '정신위기쉼터'는 전국 3곳에 있으며 이 또한 모두 서울시(송파구, 관악구, 금천구)에 있어 편중되어 있다(출처: 경향신문. (2023). 정신장애인 위기쉼터 전국 3곳에 불과… "지역사회 내 치료 인프라 늘려야". https://www.khan.co.kr/national/health-welfare/article/202308131014001)

43) National Rural Health Alliance. (2021). Mental health in rural and remote Australia. https://www.ruralhealth.org.au/sites/default/files/publications/nrha-mental-health-factsheet-july2021.pdf

결여로 인한 치료 거부 문제가 해결되지 않으면 가족의 부담은 여전히 크기 때문에 사법입원제도의 도입 자체만으로는 환자와 가족 모두에게 실질적인 도움이 되지 못할 수 있다. 그러므로, 제도의 도입은 지역사회 내 치료 인프라 확충과 함께 이루어져야 한다. 정신질환자의 입원 문제는 결국 당사자의 병식 부족으로 인한 치료 거부, 치료를 거부하는 당사자를 의사 앞까지 데리고 가는 가족의 고통, 치료를 받을 수 있는 병실 부족과 연결되어 있기 때문이다. 결론적으로, 사법입원제도의 성공적인 정착을 위해서는 지역사회 내에서 환자들이 치료받을 수 있는 환경을 마련하는 것이 필수적이다. 위기지원쉼터와 같은 시설을 전국적으로 확충하고, 이를 통해 환자가 지역사회에서 보호와 치료를 받을 수 있도록 해야 한다. 이러한 인프라가 함께 갖춰져야만 환자와 가족 모두가 고통에서 벗어나고, 사법입원제도 도입 시의 실효성도 높아질 것이다.

Ⅳ. 시사점 및 결론

본고는 문헌연구의 형태로 이상동기 범죄의 원인 중 하나로 거론되는 자·타해 위험성이 높은 정신질환자에 대한 대응을 논의하였다. 다른 이상동기 범죄와 달리 정신질환적 문제의 경우 형사 및 비형사사법기관에게 다양한 형태로 정보가 인식되므로 사전적인 대응의 가능성이 높다. 이러한 이유로, 형사사법기관 체제 안에서 자·타해 위험이 있는 중증 정신질환자에 대한 국가적 차원의 대응은 범죄기회를 차단하고 범죄예방이라는 소기의 목적을 달성할 수 있을 것으로 보인다.

이를 위해 이 연구는 대응책으로 논의되는 제도인 '사법입원제'를 소개하여, 해당 제도의 의미와 특징, 그리고 해당 제도의 도입을 위해 이루어져야 하는 과업들에 대한 검토를 실시했다. 연구결과를 요약하면 첫째, 사법입원제도를 통해 현재 국내에서 활용되는 강제입원제도와 외래치료명령제도의 단점을 보완할 수 있다. 해당 제도는 인력난과 행정력의 소모 등 각기 다른 이유로 그 제도의 목적을 달성하지 못하는 경우가 빈번하고, 책임소재가 불분명하다는 문제가 지적되어 왔다. 따라서, 사법입원제도의 도입을 통해 국가가 입원 및 치료 필요성 여부를 결정하므로 기본권 제한에 대한 판단과 더불어 공정성 확보가 강화될 수 있다.

둘째, 사법입원제도 형태 중에서도 준사법기관의 형태로 운영되는 영국과 호주 모델의 도입이 국내 현실에 적용하기 적절하다. 결정 주체가 의사결정권자가 법원(판사)인 경우 판사 1인당 담당할 입원심사 사건이 많아질뿐더러 전문성이 존재하는 법관 증원이 이루어져야 하는데, 현실적으로 이 같은 급격한 변화는 다소 요원하다고 볼 수 있다. 이러한 측면에서 준사법기관에 의해 판단되게 되는 정신건강심판원의 체제를 채택하게 경우, 기존 국내에 존재하는 제도인 입원적합성심사위원회와 정신건강심사위원회를 활용할 수 있다는 장점이 있다. 두 기관은 각 입원적합 결정과 입원연장결정을 담당하는데, 이미 위원회 업무의 특성상 두 위원회의 위원들이 중복될 가능성이 있고, 입원심사기관을 양분하여 두는 것은 관리상 비효율적이므로 두 기관을 일원화한 형태로써 준사법기관의 운영이 효율적이라 할 것이다.

셋째, 사법입원제 도입을 위해 선제적으로 해결되어야 할 과제로 중증도에 따른 의료급여수가의 조정 및 상승이 이루어져야 한다. 사법입원제도의 핵심은 결국 그 구성을 이루는 정신건강전문의의 존재인데, 현재처럼 정신질환 진료에 대한 수가 차이가 없게 된다면 제도 도입이 제기능을 다하지 못할 것이다. 그러므로, 중증도에 따른 환자별 수가 차이에 대한 개선 필요성이 크다.

서현역 흉기난동 사건 등 중증 정신질자에 의한 폭력범죄는 대중에게 미치는 심리적·정신적 고통이 크다. 다른 유형의 범죄와 달리, 예측하지 못하며 별다른 이유 없이 폭력피해를 당하기 때문에 범

죄피해 두려움을 단기간에 증폭시킬 뿐 아니라 정부와 공공기관이 정신질환 관리 및 예방에 대해 충분한 대책을 마련하지 못한다는 인식을 가질 수 있다.

이러한 이유로 국가와 사회는 중증 정신질환자에 의한 폭력범죄를 예방하고 문제 발생 시 신속하게 대응할 수 있는 체계적인 대책을 마련해야 할 필요가 있다. 현행 중증 정신질환자에 대한 대응체계는 여러 법률의 개정에도 불구하고 여전히 보호의무자나 관련 기관(예: 경찰, 의료기관 등)에 대한 책임을 지우고 있다. 사법입원제도를 통한 중증 정신질환자의 범죄기회 차단과 범죄예방은 사전적인 대응을 가능케 한다는 점에서 범죄가 발생해 돌이킬 수 없는 결과로 이어지는 상황을 방지할 수 있을 것이다.

본 연구에서는 사법입원제도의 의의, 특징, 제도 도입을 위한 쟁점들을 중심으로 살펴보고 국내 문헌에서 다소 논의되지 않았던 준사법기관 형태로서의 사법입원제도 도입을 다루었다는 의의가 있다. 나아가, 관련 대책의 방안과 시사점을 도출하였다. 다만 문헌연구로 이루어진 본 연구의 특성상 실증적인 근거들을 제시하지는 못하였다. 향후에는 보다 경험적이며 실증적인 연구들을 실시할 필요가 있을 것이며, 준사법기관의 형태로 운영되는 해외의 사법입원제도를 심도깊게 논의할 필요가 있다.

마지막으로, 사법제도 도입은 종전 지방자치단체와 보건복지부 등 행정부의 관할 사항이 사법부 관할로 변경되는 사항이 핵심적 변화에 해당하므로 추가적인 연구에서는 이 건에 대한 사법부의 자세가 어떠한지 살펴볼 필요가 있을 것이다. 이 연구가 향후 제도도입 관련 문제에 대한 논의를 확산하는 첫걸음이 되기를 기대한다.

참고문헌

건강보험심사평가원 (2021). 정신질환 수가체계 개선 방안.

경기연구 (2024). 이상동기 범죄에 따른 피해자 보호를 위한 경기도 지원방안 연구: 경기도 이상동기 범죄 조례를 중심으로 [경기연구원 연구보고서].

김은화, 정나래 (2024). 정신과적 취약성을 통해 살펴본 한국형 자살 특성: 성차에 따른 정신과적 문제를 중심으로. 미래사회, 15(2), 101-127.

박귀천 (2014). 독일의 정신보건법제와 정신질환자 강제입원제도. 법학논집, 19(2), 357-395.

박형민 (2023). 이상동기 범죄의 개념과 측정. 행정포커스, 165.

백상숙 (2018). 호주 사전의료계획과 결정에 관한 법. 최신외국법제정보, 6.

백상숙 (2020). 호주의 정신보건법상 정신건강심판원 제도. 외국법제동향, 14, 103-115. https://repository.klri.re.kr/handle/2017.oak/9913

보건복지부 (2021). 국가정신건강현황 주요지표.

신권철 (2018). 정신건강복지법의 시행과 입법평가. 입법평가연구, 13, 15-68.

서울시립대학교 산학협력단 (2016). 정신보건법상 강제입원제도 개선과 가정법원의 역할.

이만우 (2021). 입원적합상심사제도의 문제점과 개선방안-법·제도의 설계·운영 및 효과성 분석을 중심으로. 국회입법조사처.

한국형사·법무정책연구원 (2014). 묻지마 범죄자의 특성 이해 및 대응방안 연구.

한국형사·법무정책연구원 (2021). 한국의 범죄현상과 형사정책.

Lee, D. J. (2018). *Re-establishing Mental Health Welfare Law for respecting human rights and deinstitutionalization*. Seoul: The Korean Medical Association Research institute for healthcare policy, 157.

Zielasek, J., & Gaebel, W. (2015). Mental health law in Germany. *BJPsych international, 12*(1), 14-16.

Government of Western Australia,

https://www.mht.wa.gov.au/documents/annual-reports/, 2024. 8. 13. 최종 접속.
KBS 뉴스, https://news.kbs.co.kr/news/pc/view/view.do?ncd=4288387. 2024. 8. 13. 최종접속.
Mentalwelfare commission for scotland. (2018). The Right to Advocacy. https://www.mwcscot.org.uk/sites/default/files/2019-06/the_right_to_advocacy_march_2018.pdf
Morrow, J. Overview of the Mental Health Tribunal for Scotland. https://www.mhtscotland.gov.uk/mhts/files/MentalHealthLawReview_Article_DrMorrow_Overview_of_MHTS.pdf
National Rural Health Alliance. (2021). Mental health in rural and remote Australia. https://www.ruralhealth.org.au/sites/default/files/publications/nrha-mental-health-factsheet-july2021.pdf
Scottish Independent Advocacy Alliance. (2012). Mental Health Tribunal Advocacy Guidelines A companion to the Code of Practice for Independent Advocacy. https://www.siaa.org.uk/wp-content/uploads/2021/02/SIAA_Mental_Health_Tribunal_Guidelines.pdf
경향신문. (2023). 정신장애인 위기쉼터 전국 3곳에 불과… “지역사회 내 치료 인프라 늘려야”. https://www.khan.co.kr/national/health-welfare/article/202308131014001
메디게이트 뉴스, https://medigatenews.com/news/2756758253)
법무부, https://www.moj.go.kr/bbs/moj/182/574117/artciview.do. 2024. 8. 13. 최종 접속.
세계일보, https://www.segye.com/newsView/20240206515446, 2024. 8. 9. 최종 접속.
청년의사, https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1056225, 2024. 8. 13. 최종 접속.
한겨레. https://www.hani.co.kr/arti/society/health/1114365.html., 2024. 8. 13. 최종 접속.
한겨레, https://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/1103503.html, 2024. 8. 13. 최종 접속.

투고일자: 2024. 8. 14.
심사일자: 2024. 9. 24.
게재확정일자: 2024. 10. 4.

미래사회
Journal of Future Society
2024. Vol. 15, No. 3, 86～104.
https://doi.org/10.22987/jifso.2024.15.3.86

Assessing the Feasibility of a Mental Health Tribunal for Crimes Related to Mental Illness

Jaekyung Ahn

Korean Institute of Criminology and Justice

The incidence of violent crimes with unclear motives is on the rise. Crimes classified as "abnormal motive crimes," or "motiveless crimes," are particularly concerning due to their unpredictability and the severe psychological and emotional impact they have on the public. Among the various causes of these crimes, mental illness stands out as a factor that can be identified and addressed by both the criminal and non-criminal justice systems. Unlike other types of crimes, where preemptive measures are often difficult to implement, mental illness - related crimes present an opportunity for proactive intervention, especially when the individual poses a high risk of self-harm or harm to others, despite not having committed a crime yet.

Therefore, this paper explores the possibility of introducing a "Judicial hospitalization" or "Involuntary civil commitment" as a response to the high-risk behavior of individuals with severe mental illness. This system involves the involuntary hospitalization of high-risk individuals by a judge or a mental health tribunal thereby ensuring both the restriction of fundamental rights and the enhancement of fairness in the process. This study specifically discusses the feasibility of adopting models from the UK and Australia, where mental health tribunals is responsible for involuntary commitment, and examines the necessary steps to implement such a system in South Korea. The paper suggests that the response to high-risk individuals with severe mental illness should shift toward a government-led care model, requiring adjustments in medical reimbursement rates and improvements in human and material resources within the judicial system. By establishing a system in which a mental health tribunal decides on hospitalization, treatment, and discharge, existing institutions such as the Committee for the Appropriateness of Hospitalization and the Establishment and Operation of Mental Health Deliberation Committee can be effectively utilized, thereby clarifying responsibilities and streamlining processes.

Keywords: Judicial Hospitalization, Mental Health Welfare Law, Involuntary Hospitalization, Mentally Ill Patients, Abnormal Motive Crimes