회복적 교정의 이상과 현실: 구금시설 수용자의 정신건강, 고령화, 감염병 문제를 중심으로

Ideals and realities of restorative correction: Focusing on mental health, aging, and communicable disease of prisoners

최세진¹, 이어진^{2*}

법무부 ¹순천교도소, ²여수출입국·외국인사무소

Sejin Choi¹, Eojin Yi²

¹Suncheon Correctional Institution, ²Yeosu Immigration Office, Ministry of Justice

Correspondence to: Eojin Yi

Yeosu Immigration Office (Medical Department), Museon-ro 265, Yeosu-si, Jeollanam-do, 59638, Rep of Korea.

Tel: +82-61-689-5544

E-mail: eojinkorea@gmail.com

Received: September 27, 2018

Revised: November 6, 2018

Accepted after revision: November 13, 2018

© Published by Korean Society for Public Health and Medicine; all rights reserved

Abstract

Objective: Prisoners' health has a significant impact on public health, since they will be back to their community one day. However, present correctional health of Korea has limitations in managing health of inmates while they are incarcerated and after the release. Through this review, we would like to first, encapsulate status quo of the correctional health and second, introduce the concept of restorative justice to seek the ways to improve correctional health especially by more effectively facilitating prisoners' integration to society.

Methods: We reviewed papers published both in Korean and English. Due to limited information, we also referred to news and data from the Congress.

Results: High prevalence of mental disease among prisoners was notable. Recent efforts of building mental health center in prisons and psychiatric consulting programs are noticeable. Programs adapted from restorative justice, such as Victim-Offender Mediation, might accelerate these endeavors. Prison is becoming older, and older means sicker. Lack of community supports on seniors are pushing them to repeat crimes. In Korea, there has been no specialized programs to improve health of aged inmates. Attentive care and community involvement with these seniors during incarceration may reduce the burden of community. Prison is like a reservoir of communicable disease. Collaborated efforts of correctional and community health systems to stop tuberculosis and viral hepatitis will be needed.

Conclusion: Applying the concepts of restorative justice to correctional health could effectively improve both prisoners' and public health.

Keywords: Prisoners, Health disparities, Mental health, Aging, Communicable disease

서론

공공보건의료는 전체 인구집단의 건강수준 향상과 건강불평등 해소에서 공공성을 획득한다[1]. 전체 의료기관이 사회보험의 틀 안에서 작동하는 대한민국 의료체계에서, 한정된 자원의 배분이 어떻게 이루어질 때 진정한 공공성이 확보될 수 있을지에 대한 고민은 지금도 이어지고 있다[2]. 특히 수용자¹⁾에 대한 의료행위가 대부분 국가예산으로 이루어지는 교정의료 영역에서 이러한 고민은 더욱 분명하다[3]. 수용자 인권 강화, 그리고 교정·교화에 대한 강조, 나아가 회복적 교정(restorative correction)이라는 일련의 흐름은 과거 지배적이었던 응보주의(retributivism)와 대비되며 교정의료의 공공성 확보와 의료자원배분 사이의 갈등을 심화시켰다[4](표 1).

〈표 1〉 전통적 형사사법과 회복적 사법의 특징 비교 [6]

	응보적 형사사법	재사회화 형사사법	회복적 형사사법
작용	위협	효과적 처우	범행결과와 조정
분야	질서	행위자	사회적 갈등
내용	고통부과	치료	규범의 명확화
대응의 기초	범행의 중대성	처우 필요성	피해자의 고통
최종목표	절대적 정의	규범 순응적 행동	공동체 평화의 개선

회복적 사법은 “범죄 및 그와 관련된 잘못을 바로잡고 치유하기 위하여, 특정 가해행위에 관련된 피해자와 가해자, 지역사회를 사법절차에 최대한 관여시켜, 피해와 니즈(needs), 그리고 의무를 함께 확인하고 다루는 과정”이다[5]. 이로써 범죄는 단순한 개인의 문제를 넘어 지역사회의 책임까지 확대된다. 이러한 인식은 공동체의 현 상태에 대한 주의를 환기하고, 그 결과 지역사회 여건 변화나 사회정책 변화를 촉구한다[6]. 따라서 개인에 대한 교정·교화를 우선으로 하는 재사회화 형사사법과는 달리, 회복적 교정은 가해자와 피해자, 그리고 가해자와 지역사회와의 관계 회복을 우선으로 한다.²⁾

이러한 변화는 교정의료 분야에도 기존과는 다른 접근을 요구한다. 가해자인 개인 수용자의 단순한 의료처우를 넘어, 구금시설 바깥의 피해자를 함께 생각하고, 나아가 지역사회 공공보건의료 속에서 교정의료가 어떤 위치와 의미를 갖는지에 대한 고민이 필요하게 된 것이다. 구금시설은 공공보건의료에 대한 필요가 충족되지 않는 인구집단에 적절한 의료 서비스를 제공하고, 지역사회 보건의료서비스와 연결시킬 수 있는 장소이다[7]. 피해자와 가해자 모두에게 보건의료 니즈가 존재한다는 점, 그리고 수용자 중 많은 수가 노숙을 해본 경험이 있고, 낮은 사회경제적 지위를 가지며, 교육수준이 낮다는 점, 또한 구금되기 전 건강상태가 좋지 않다는 점을 고려한다면[8], 이와 같은 접근이 가지는 의미는 더욱 명확해진다.

하지만 교정의료 현장에서 이러한 변화에 대한 인식은 부족하거나 피상적인 것으로 보이며, 한국에서 더욱 그러하다. 수용자 의료처우가 전체인구 또는 지역사회 건강수준 향상과 건강불평등 해소에 어떻게 기여하는지, 그 기여까지 어떤 어려움과 해결방안이 있는지, 그 해결책 마련에 있어 의료인의 바람직한 역할은 무엇인지에 대한 일련의 문제제기와 논의가 필요하지만 사례는 전무하다. 특히 교정의료에 있어 의사를 비롯한 의료인들의 소극적 개입은, 의무관의 역할을 단

1) "수용자"란 수형자·미결수용자·사형확정자, 그 밖에 법률과 적법한 절차에 따라 교도소·구치소 및 그 지소(이하 "교정시설"이라 한다)에 수용된 사람을 말한다. (형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 제2조제4항)

2) 여기서 말하는 지역사회는 하나의 기관이나 단체가 아니라, 사회의 복합적인 연계망이라 생각할 수 있으며, 주거, 취업, 교육, 공공안전을 포함하는 포괄적인 개념이다.

순 진료로 제한하자는 주장[9]과 같은 공공보건의료에 대한 퇴행적 관행으로 이어지고 있다.

사실 실제 현장의 교정의료 환경은 기본적인 의료를 수행하기에도 벅차며, 교정의학 연구는 관련 학회 하나 없이 진행될 정도로 빈약하다. 이와 같은 취약성은 수용자들의 ‘안정적인 사회복귀’가 건강 없는 반쪽짜리에 그칠 우려와 함께, ‘회복적 교정의료’라는 새로운 관점에 충분히 이르지 못하게 하였다. 일부 출판된 기존의 교정의료 발전안 역시 회복적 사법과의 유기적 관점보다는 전반적인 체계를 중심으로 한 지적에 그치고 있다<표 2>.

따라서 본 연구에서는 회복적 교정이라는 틀을 바탕으로, 교정과 공공보건의료 사이에서 한국의 교정의료가 직면한 주요 이슈와 과제에 대해 재고하여 보고자 한다.

〈표 2〉 교정의료 발전을 위한 최근의 제언들

연구	주요내용
이석배 (2015) [9]	<ul style="list-style-type: none"> · 국가의 책임의식 강화 · 의료처우 필요성에 대한 판단주체 변경 · 국가재정의 부족 문제 · 현실적 대안으로서 외부진료와 형집행정지제도 · 의무관(의사) 의식개선
주영수 (2016) [10]	<ul style="list-style-type: none"> · 지역거점공공병원과 연계 및 협력강화 · 일반 교도행정 차원과는 별개의 보건의료조직체계 구축 · 건강에 영향을 미치는 물리적 환경에 대한 개선 · 모든 구금시설 내 정신보건프로그램 제공 · 중증질환 관리방안과 응급의료 전달체계 개선 · 국가인권위의 주기적인 실태조사 및 공직자 대상 건강권 교육 시행
이어진 (2017) [11]	<ul style="list-style-type: none"> · 진료·위생에서 보건의료 프레임으로 법 조항과 내용 확장 · 법무부 본부 내 보건의료 컨트롤타워 설치 · 의료인력 수급을 처우개선보다는 시스템 개선으로 해결하려는 노력 (공공보건의료인력 전담부처 설립) · 민간위탁, 외부 축탁의 제도 확대 · 구금시설 보건의료 소관부처를 공공보건의료 소관부처와 동일화 (모스크바 선언) · 건강과 법무라는 프레임 구축

연구방법

크게 교정의료 일반현황을 먼저 살핀 뒤, 이어 특별한 문제들을 다루고자 한다. 이를 위해 우선 법무부 발행자료와 각종 연구문헌을 탐색적으로 살펴보았다. 이후 여러 문헌에서 공통적으로 다루고 있는 회복적 교정의료의 중요한 문제로 정신건강, 고령화, 감염병 세 가지를 선정하였다[12-15]. 다시 추가 문헌분석을 거쳐 종합된 문제와 제언들은 기존 관점과 회복적 관점의 두 가지 틀 안에서 재구성되었다.

특히 Freudenberg와 Heller[16]는 지금까지 평가된 수용자 사회복귀 프로그램을 검토하여 HIV 등의 감염병, 약물 중독, 정신건강, 노인수용자 프로그램을 다루었다. 본 연구에서는 우리나라와 미국의 사회문화적 차이를 고려하여 상기 프로그램 중 약물중독을 제외한 나머지 주제들-정신건강, 노인수용자, 감염병-을 주된 연구대상으로 선정하였다.

연구결과

1. 교정의료 일반현황

법무부[17]에 따르면 교정의료란 “교정시설에 수용되어 있는 수용자에 대한 보건위생 및 의료의 제공을 총칭”한다. 수용자의 건강유지와 회복은 각종 교정처우 실현 기반이자 동시에 수용자의 안정적인 사회복귀를 도우므로, 교정의료는 교정행정의 중요한 축으로 기능한다. 특히 일반사회의 그것과는 적용 환경과 맥락에 차이가 있어, 이로부터 비롯된 교정의료만의 특별함은 ‘교정의료’를 특수의료의 지위에 올려놓는다(표 3).

〈표 3〉 교정의료의 특징 [17]

1	의무관 및 수용자에게 선택의 자유가 제한됨
2	폐병을 부리는 등 문제를 발생시키는 수용자가 존재함
3	수용자가 의료권을 남용하는 사례가 빈번함
4	강제적인 의료상의 조치를 취하는 경우가 있음
5	수용자와 의무관과의 신뢰관계가 형성되기 어려움
6	의료내용과 관련한 이의제기가 많음
7	수용자의 진료에 의무관 외의 직원 참여가 필요함
8	석방으로 치료가 중단됨
9	의무관 확보가 곤란함

교정의료의 핵심에는 수용자 보건의료서비스가 자리하고, 그 단면은 현장에서 수행되는 진료절차 중심으로 살펴볼 수 있다. 수용자는 기본적인 진료나 투약 등 의료에 대한 요구가 있을 때 ‘연출’과 ‘신청’을 통해 의료서비스를 받는다. ‘연출’은 본인의 주증상을 적어 낸 기록지를 바탕으로 한 교도관 동행 또는 순회 진료서비스를 청하며, ‘신청’은 의사 대면 없이 이루어지는 약 처방 절차이다. 진료 후 의무관의 판단에 따라 외부병원 진료나 원격진료도 받을 수 있다. 원칙적으로 수용자들의 진료비용은 국가가 부담하지만, 일부 경우에는 자비로 받는 외부진료를 허용하기도 한다(그림 1).

〈그림 1〉 교정시설 진료업무 흐름도 (예시)

교정의료 예산은 약 150억 원(2015년 기준)으로 전체 교정활동 예산의 약 6-7%를 차지하며, 매년 결산에서 집행액이 예산액을 초과하는 것이 특징이다. 교정의료비는 전체 교정활동 예산과 함께 꾸준히 증가하여 최근 15년 동안 약 7배 커졌고, 수용자 1인당 의료비 또한 꾸준히 증가하였다[18](그림 2).

〈그림 2〉 교정시설 의료비 예산 및 집행내역 (교정통계연보(2018)를 재구성) [18]

주영수 등[10]에 따르면, 전국 52개 구금시설의 정원 대비 현원 총족률은 의사 79%, 약사 85%, 간호사 98%, 의료기사는 100%이다³⁾. 전임 및 비전임 의사의 비율에 대해서는 통계자료가 없다. 치과 의사의 경우에는, 전국 52개 구금시설 중 공중보건의를 제외한다면 치과 전문의 또는 치과 일반의가 상주하고 있는 구금시설은 단 한 곳도 없고, 대부분 특정 날짜를 정해 촉탁의가 치과 진료를 보고 있다.

구금시설 내 유병률 자료를 보면, 고혈압이 14.4%, 당뇨병이 8.5%, 고지혈증이 4.8%로 수위를 차지하고 있다[10]. 윤서현[19]에 따르면 일반인구와의 비교했을 때 구금시설 내 당뇨는 1.81배, 고혈압은 1.28배 높으며, 결핵은 8.28배, 간염은 2.53배 높은 것으로 나타났다. 정신과 질환인 우울증은 6.33배, 조증은 4.67배, 조현병은 2.84배 높았다. 이러한 질환들은 드물게는 구금시설 내 사망으로 이어지기도 한다[20](표 4).

〈표 4〉 교정시설 내 사망자 [20]

연도	질병사망자(명)	형집행정지 신청 중 사망자(명)	교정시설 환자 현황(명)
2013	19	13	19,668
2014	24	16	22,971
2015	24	20	24,238
2016	22	17	24,226

3) "의료인력 총족률 계산에 사용된 구금시설 인원은 실인원이 아닌 정원을 기준으로 설정된 것이다. 과밀수용으로 인해 현실에서는 실제 수용자 인원이 공식 수용자 정원을 초과하고, 특히 의사의 경우 비전임, 즉 시간제 의사를 포함했다는 점에서 실제 총족률은 이보다 낮을 것으로 보인다.

한편 외부병원에서 진료받은 수용자는 2006년 1만 9,257명에서 2015년 3만 2,231명으로, 최근 10년간 약 1.7배 규모로 늘어났다. 구금시설 원격진료 인원은 2011년 5,548명에서 2015년 1만 498명으로, 4년 새 약 2배 규모로 증가하였다. 자료에 따르면 50% 이상의 원격진료가 정신과 진료이며, 2005년 안양교도소를 시작으로 현재 30여 개 구금 시설에서 원격진료 시범사업을 확대 운영 중이다[18]〈그림 3〉〈그림 4〉.

〈그림 4〉 국내 교정시설 수용자 원격진료 인원 및 진료과목 현황 (교정통계연보(2018)를 재구성)[18]

2. 정신건강

Fazel 등[13]은 체계적 문헌고찰을 통해 구금시설 성인 수용자의 정신질환 유병률을 파악하였는데, 정신증 (psychosis)은 남녀 모두 4%, 우울증은 남자에서 10%, 여자에서 14% 정도로 나타났다. 정신질환은 물질 오용과 동반되는 경우가 잦았고, 물질 오용과 동반된 경우 불량한 예후와 높은 조기사망률을 보였다.

심각한 정신과적 문제는 범죄와도 연관되므로, 수용자 정신건강 관리는 보건학뿐 아니라 형사사법 측면에서도 중요한 의의가 있다. 이는 치료감호법과 치료감호소 운영의 근거가 되며, 치료적 사법이념(therapeutic jurisprudence)⁴⁾의 도입과 같은 몇몇 시도로 나타났다[21]. 치료적 사법 또한 크게는 회복적 교정의 일부로 볼 수 있으나, 본 연구에서는 그 대상을 법정이나 치료감호시설로 확장하지 않고, 법무부 교정본부에서 관할하는 구금시설인 교도소와 구치소(교정시설)로 한정한다.

(1) 현황

구금시설 수용자의 정신과적 문제는 수감 이전부터 존재해온 경우와 수감으로 인해 나타난 경우가 모두 가능하며, 복합적으로 나타나기도 한다. 구금시설 수용자의 정신질환 유병률은 일반인구의 2~4배가 된다는 보고가 있으며[22], 국가인권위원회에서 실시한 정신건강실태조사[3]는 국립법무병원(치료감호소)과 진주교도소⁵⁾를 제외하고도 약 6.4%의 수용자들이 임상적으로 취약한 수준의 정신건강 상태를 가지고 있음을 보고했다.

주영수 등[10]의 연구에서는 구금시설 수용자 1,003명을 대상으로 한 조사에서 11.5%가 경미한 우울증, 19.8%가 심각한 우울증을 가지고 있는 것으로 나타났다. 평균적으로 3.4회 밤잠을 자는 도중에 깼고, 하루 2~3회 밤잠을 깨는 수용자가 절반을 차지하였으며, 서울, 안양, 대전, 경북북부, 목포, 진주 소재 교정시설 대상 연구에서도 우울증, 불안장애, 조현병 등 구금시설의 정신건강문제가 매우 다양함을 보여주었다. 특히, 한국의 경우 남자 수용자 중 약 40%가 음주 문제가 있는 것으로 나타났는데, 이는 체계적 문헌고찰을 통해 보고된 18~30%에 비해 높은 수치이다[23].

(2) 문제점

1) 정신과 전문인력 부족

정신과 의사들은 구금시설에서 “자격을 갖춘 정신건강 전문가(Qualified Mental Health Professionals)”들이 정신건강 문제를 가진 수용자들을 관리하는 것이 필요하다고 말한다[24]. 하지만 정신과 전문의가 있는 국내 구금시설은 극히 일부이며, 심리상담사 및 해당 자격증을 지닌 교도관 또한 그 수가 적고 활용이 제한적이다.

구금시설 내 정신건강 서비스에 대한 요구도는 갈수록 높아지지만, 주된 역할을 할 전문인력이 턱없이 부족하다 보니, 실제 현장에서 정신과적인 특수성을 고려한 전문진료나 관리는 거의 이루어지지 못하고 있다.

2) 근거기반 정신심리학적 프로그램의 부족

관련 연구를 통해 정신심리학적 프로그램을 기획·평가하고, 다시 이를 현장에 환류하는 이른바 ‘근거기반’ 정신심리학적 개입이 부족하다. 이미 요가나 원예, 개인 및 그룹 인지행동치료 같은 프로그램이 수용자의 정신건강증진에 도움이 된다는 연구들이 보고되어 있고[25-27], 치료그룹, 인지행동치료, 동기화 면접(motivational interviewing)과 같은 적절한 개입도 필요한 것으로 밝혀졌다[28].

이러한 연구기반의 관련 프로그램을 적극적으로 시행하고 있는 국가가 있는 반면[13], 국내 구금시설 수용자 대상 프로그램의 경우 그 도입 근거가 불분명하거나 단순 강연 위주의 프로그램 위주로 구성되는 등, 사회적 인식과 인력자원 부족 등의 문제로 인해 제한적 시행에 그치고 있다.

4) 치료적 사법이념은 법정과 재판단계에서부터 피고인의 정신감정을 의뢰해 치료를 전제한 판결을 내림으로써 ‘치유하는 법정’을 구현하고자 한다.

5) 정신과 문제가 있는 수용자들은 전문치료시설인 국립법무병원(치료감호소)과 치료중점교도소인 진주교도소에 구금되며 치료를 받는다.

3) 심리치료팀과의 연계 미비

몸과 마음의 치료가 별개일 수 없지만, 현 교정의료 행정조직 체계상 포괄적인 정신심리학적 치료에는 한계가 존재한다. 교정본부 중앙조직의 의료과와 심리치료과는 보안정책단 산하에 각각 소속되어 분리되어 있다. 일선 교도소 및 구치소 심리치료팀 또한 통상 보안과에 편재되며, 의료과는 업무적으로 별도로 운영된다. 현장에서는 이러한 조직 편제가 구금시설 내 의료과와 심리치료과의 유기적인 연계를 어렵게 하고 있다(표 5).

〈표 5〉 교정본부 소속기관의 의료과 및 심리치료과(심리치료팀) 주요업무와 특징

분류	소속기관	부서	주요업무	특징
교정 본부	보안 정책단	의료과	수용자 보건위생관리업무 의료,약제,의료장비 관리 건강검진 및 질병예방	본부조직
		심리치료과	심리치료 및 치료프로그램 수용자, 직원대상 정신건강 프로그램 전문인력양성	본부조직
	교도소, 구치소	의료과	수용자 의료, 위생업무 *특정질환관리(치료중점교도소)	1차 의원급
		보안과 심리치료팀	심리치료 및 치료프로그램 수용자, 직원대상 정신건강 프로그램	소내 별도조직

4) 교정공무원의 정신건강 관리 부재

기존의 응보주의 형행제도가 교정교화 중심, 나아가 회복적 사법으로 바뀌어 감에 따라, 교정공무원들에 대한 역할 변화와 확대도 함께 요구되고 있다. 하지만 현장에서는 이러한 변화에 대한 이해 부족, 관련 철학 부재, 적응 문제, 이상과 현실 괴리, 보안과 인권 간 가치충돌, 중복된 역할부여 등으로 인하여 교정공무원들이 또 다른 스트레스를 받고 있다.

김광훈 등[29]에 따르면 교정공무원은 직무로 인한 스트레스가 높다고 알려진 다른 직종에 비교해도 탈진감과 직무스트레스가 높고 직무만족도와 자아존중감은 낮다. 이러한 상황에도 불구하고 전국 교정공무원들의 직무스트레스 관리를 담당하는 정신건강 전문가는 거의 없는 상황으로, 일부 프로그램만이 시범단계 또는 시작단계에 있으며, 구금시설에 고용된 의사가 교정공무원들의 건강문제를 관리해야 한다는 인식 또한 미비하다.

(3) 제안

1) 재사회화 또는 일반적 관점

우선 수용자 정신건강에 대한 스크리닝이 선행되어야 한다. 통상 수용자가 먼저 정신과 증상을 호소하지 않는 한 별도의 검사를 하지 않으므로, 입소 중인 수용자의 정신건강 상태에 대해 정확히 파악할 수 없다[30]. 이를 위해서는 교정시설 현장에서 사용할 수 있는 한국형 정신건강 검사표의 정립 또한 필요할 것이다[31].

김광훈 등[29]은 교정시설 내 정신보건센터를 확대 설치하여⁶⁾ 정신건강의학과 전문의 및 정신보건 전문인력으로 하여금 수용자뿐만 아니라 교정공무원의 정신건강 문제를 관리하고, 문제유형별 특성에 맞는 프로그램을 제공하자고 제안한 바 있다. 특히 여성 수용자에 대해서는 여러 가지 특수한 상황 -자녀들과의 관계, 성폭력 피해의 기왕력 등- 을 충분히

고려하여 적절한 정신건강 서비스를 제공한다면 효과적일 것이다[32].

종합하면, 더 많은 “자격을 갖춘 정신건강 전문가”를 충원하고, 의료과와 심리치료과(심리치료팀)를 통합적으로 운영하여, 적절한 개입은 물론, 수용자들이 더 쉽고, 전문적으로 정신건강 서비스를 받을 수 있도록 하는 것이 필요하다.

2) 회복적 관점

많은 정신과 의사들은 심각한 정신질환을 가진 수용자의 경우, 이들을 단순히 ‘분리(segregation)’ 시키는 것은 그들에게 도움이 되지 않을 뿐 아니라, 심지어 해롭고, 치료에 방해가 된다고 말한다[24]. 즉, 정신질환자의 ‘분리’가 아닌 지역사회와의 ‘통합’이 회복적 수용자 정신건강 정책의 핵심이자, 공중보건 정신건강 시스템의 공통된 개념이다.

정신건강 문제가 있는 가해자 개인의 치료에 집중하는 것이 재사회화 관점의 접근이라면, 가해자의 가족들과 피해자들에게까지 적절한 정신심리학적 도움을 제공하며, 나아가 관련된 모든 이들에게 정신심리학적 교육을 하는 것이 회복적 관점의 접근이다. 회복적 관점에서 범죄란 단순히 법을 어기는 것을 넘어, 사람에게 해를 입히고, 공동체와 인간관계를 다치게 하는 것이다.

따라서 이의 회복을 위해 수용자가 수감되어 있는 동안 지속적으로 수용자의 정신과적 문제, 관리, 치료 그리고 아직 남아있는 위험 요소들에 대해 피해자와 의사소통을 추구하고, 적절한 시기에는 ‘피해자-가해자 조정(victim-offender mediation, VOM)’과 같은 프로그램을 통해 피해자와 가해자가 서로 대화하고 이해하는 과정을 거치도록 할 수 있다. 단, ‘피해자-가해자 조정’ 프로그램의 경우, 훈련된 조정자가 필수적이고, 이런 조정자를 배출시키기까지 시간과 비용이 든다는 점도 고려해야 한다[33].

무엇보다 가해자의 사회복귀프로그램이 ‘지역사회’ 내에서 이루어지는 것이 중요하다. 수용자가 수감되어 있는 동안의 직업 상담, 지역사회 봉사활동 참여, 출소 후 관리 프로그램, 피해자와 함께 하는 명상 등[34]은 출소 후에도 이들의 정신건강 관리가 공동체 내에서 지속적으로 유지되는 데 기여한다.

3. 고령화

(1) 현황

구금시설 수용자의 고령화는 전 세계적인 추세이다[35]. Human Rights Watch[36]의 보고서 <Old Behind Bars>에 따르면, 미국의 경우 65세 이상 수용자들은 2007년에서 2010년 사이 63% 증가했다⁷⁾. 전 인구의 23.7%가 65세 이상인 일본도 상황은 비슷하여 구금시설 내 노인인구는 꾸준히 증가하고 있지만, 공공 및 민간 영역 모두에서 이들에 대한 효과적인 재활 프로그램을 제공해주지 못하고 있다. 구금시설 내 비용 또한 증가하여 노인수용자 관리에 드는 교정시설의 연간 의료비는 2015년 60억 엔을 넘어섰다. 이는 10년 전과 비교해 약 80%가 증가한 수치이다[37-39].

6) 교정시설 내 정신보건센터는 전국 교정시설 중 네 곳에만 위치하여 있음[29].

7) 같은 기간 동안 전체 수용자 숫자는 0.7% 증가에 그쳤다.

〈그림 5〉 국내 교정시설 수용자 연령별 분포

국내에서도 이러한 고령화 추이는 두드러진다. 구금시설 전체 수용자 중 60세 이상 비율은 뚜렷한 증가세를 보이며 2016년부터는 10%를 넘어섰다⁸⁾〈그림 5〉. 고령 수용자의 경우, 젊은 수용자와는 호발하는 질환이 상이하고, 평균 의료 비용이 높다. 미국의 경우, 노인수용자 1인당 평균 의료비는 약 7만 달러로, 젊은 수용자의 2~3배에 이른다[40].

강은영 등[40]에 따르면 노인수용자들의 생활에 지장을 주는 질병은 주로 관절, 척추 질환(31.9%)이며 치과질환, 고혈압, 위장질환, 기관지, 폐질환이 그 뒤를 잇는다. 국내 5개 구금시설의 65세 이상 노인수용자 94명을 면접한 결과에서도 근골격계 질환은 가장 많이 가진 상병군으로 나타났으며, 이에 따라 운동이 건강에 미치는 영향에 대해 예민하게 의식하고 있었다. 조사대상 구금시설 노인수용자 응답자의 70%가 운동시간이 부족하다고 여겼으며, 거동 불편으로 인해 거실에 머물 수밖에 없는 수형자들도 운동의 필요성을 크게 피력하고 있었다[40].

또한, 노인수용자 82.5%가 의무실을 이용해 본 적이 있고, 35.1%가 외부진료를 이용해 본 적이 있으며, 50% 이상이 두 가지 이상의 약을 동시 투약 중이었다.

(2) 문제점

국내 노인수용자들이 구금시설 의료시스템에 대해 제기한 건의사항을 살펴보면, 외부약 도입범위 확대, 치료범위 확장, 각종 절차의 단순화와 신속한 처리, 형식적 진료 탈피 노력 등이 높은 순위를 차지하였다. 근골격계 질환의 경우에는 약물치료 이상의 의료서비스를 제공받기 힘든 점이, 치과질환의 경우에는 비싼 치료비가 가장 큰 문제점으로 지적되었다[40].

한편 일본에서 2016년 수감된 60세 이상 수용자 36%가 교도소에 최소 6번 수감된 것으로 나타났는데, 이 비율은 전체 연령에서 보인 16%에 비해 훨씬 높은 수치이다[37]. 한국의 경우도 이와 비슷하여, 2013년 이후 3년간 65세 이상

8) 교정시설 수용자 연령별 인원통계(2004~2015)는 공공데이터포털(www.data.go.kr) 및 교정본부 홈페이지(corrections.go.kr) 자료를 참조하였다.

9) 조사대상 구금시설 노인수용자 응답자의 70%가 운동시간이 부족하다고 여겼으며, 거동 불편으로 인해 거실에 머물 수밖에 없는 수형자들도 운동의 필요성을 크게 피력하고 있었다[40].

고령 범죄자의 재범 증가는 38.6%로 비고령층(-0.3%) 보다 현저히 높았다[41]. 이는 재범 비율이 높고 경범죄가 대부분인 노인범죄의 특징과도 관련되는 것으로, 직업이나 거주지, 보호자가 없는 사람들이 고의적으로 경범죄를 저질러 교도소로 들어오는 일련의 행태를 시사한다[38-39].

현 교정 시스템 내에서는 한 번 범죄에 노출되면 그만큼 사회부적응 가능성이 높아지고, 구금시설 내 적절한 관리나 개입이 이루어지지 않으면 일반사회에 나와서도 발붙이고 살만한 곳을 찾기 힘든 것이다. 특히 상습범이나 장기형 노인 수용자는 가족이나 친척관계 또한 시나브로 단절되고, 정신건강 문제를 포함한 건강 악화와 직업능력 감소가 누적되어 교도소의 보호 환경에 의존하는 경향이 점차 강해진다[42].

(3) 제언

1) 재사회화 또는 일반적인 관점

보고된 일부 사례를 참조하여, 고령화되는 교도소 수용자들에 대한 적절한 대책을 마련하는 것이 필수적이다. 일본의 경우, 고령 수용자의 거실, 복도, 목욕탕 등에 보행을 돕는 난간, 손잡이 등을 설치한다거나, 작업종료 후부터 다음 식사 시간까지의 시간 동안 거실에서 누워있는 것을 허용한다고 한다. 단체운동 이외에 노인수용자들이 야외가 아닌 장소에서도 운동을 할 수 있도록 배려하는 것도 가능할 것이다[40]. 또한, 노인수용자들이 본인의 건강에 스스로 신경을 쓰고 관리하는 습관을 갖도록 교도소 측에서 관련 프로그램이나 생활 지도 등을 곁들인다면 수용자 건강상태 개선에 기여할 수 있을 것으로 생각된다.

노인성 질환과 외로움, 고충, 가족관계 악화 등에 대처하기 위해서 화상상담, 접견, 진료와 같은 화상시스템을 구축하는 자는 의견이 있으며, 노인수용자에 대한 자연 친화적인 치료 프로그램을 운영함으로써 우울증과 자살 위험을 낮추자는 의견, 그리고 가족캠프나 부부캠프를 운영하는 자는 의견이 제안되었다. 그밖에 노인전문 상담사, 치료사, 강사를 통해 맞춤형 교육, 다양한 치료와 상담이 이루어져야 한다는 주장도 있다[43]. 하지만 이러한 재사회화 과정은 관련 인력 고용이 필요하며 경제적 자원이 한정되므로 실현 가능성에 대한 면밀한 검토가 추가로 필요하다. 형을 받는 것이 무의미한 상태의 노인수용자들에 대해서는 ‘형집행정지 제도’라는 합법적 도구를 적극적으로 사용할 필요도 있다[9, 44].

2) 회복적 관점

김봉수[45]는 노인범죄에 대해 성장과정 및 경험, 심리상태 및 질병, 경제적 상태와 생활환경 등이 범죄발생과 관련되어 중요한 의미가 있다고 말한다. 따라서 노인범죄의 재발을 막기 위해서는 지역사회에서 이들의 자립환경을 챙겨야 한다. 즉, 고령의 수용자들이 반복적으로 교도소에 들어오는 것에 대한 예방책은 지역사회에서 이들을 어떻게 관리하느냐에 달려있는 것이다. 특히 최초 한 번의 수감경험을 가진 노인들에게 적절한 직업교육과 취업기회 제공은 꼭 필요할 것으로 보인다[46].

교정의료 측면에서는, 이들의 신체·정신건강 관리를 위해 구금시설에서 제공받은 보건의료서비스가 출소 후에도 이어지는 것이 필요하다[47]. 몇몇 지정기관과의 일회성 화상진료가 아니라, 수감생활 이후에도 ‘주치의’로 생각할 수 있는 의사가 화상진료 또는 내원진료를 하는 것이 가장 이상적이다. 대부분의 구금시설 수용자들이 출소 후 의료제공자와 정기적으로 만나지 않는다는 사실을 고려할 때 이는 더욱 필요하다. 나아가, 각종 질병으로 죽음이 가까운 이들에게는 지역사회 호스피스 프로그램과의 연계를 통한 완화치료까지도 고려되어야 할 것이다[48].

4. 감염병 (만성감염병)

한편 구금시설은 근거기반의 감염 확산 예방책을 시행할 수 있는 최고의 장소이기도 하다. 이러한 개념을 바탕으로 2016년 <Lancet>은 교정시설 내 주요 감염병을 일련의 시리즈로 다루었다[14, 49-50]. 특히 교정시설은 혈액매개 감염병을 발견하고 치료하기에 적절한 곳으로[49], 2014년 기준 전 세계 구금시설에 수용된 1,020만 명의 사람들 가운데 3.8%가 인간면역결핍 바이러스(이하 HIV)에, 15.1%가 C형간염 바이러스(이하 HCV)에, 4.8%가 만성 B형간염 바이러스(이하 HBV)에 감염된 상태이며, 2.8%가 활동성 결핵을 가진 것으로 예측되었다[50].

이는 일반인구와 비교하여 높은 만성감염병 비율로, 구금시설 내 감염병 취약성을 보여줌과 동시에 공중보건학적 개입의 당위성을 시사한다. 통상 상기 감염병들은 시설 내 주사기의 공유나 문신 시술, 안전하지 않은 성관계 등을 통해 구금시설 내에서도 전파될 수 있는 것으로 알려져 있는데, 이러한 감염병 전파환경은 국내 교정시설의 그것과는 차이가 있을 수 있다. 한편 외부에서 신규 수용자가 입소하는 경우를 제외하고는 급성 감염병의 중요성은 상대적으로 덜하므로, 본 연구에서는 주요 만성감염병¹⁰⁾을 중심으로 논지를 이어가기로 한다.

(1) 현황

국회 박주민 의원실[51]의 법무부 교정시설 감염병 신고 현황 보도자료에 따르면, 교정시설 내 결핵 발생건수(일일 평균 수용인원¹¹⁾대비 비율)는 2015년 437건(0.8%)에서 2016년 609건(1.08%)으로 증가했으며, 2017년 상반기에는 285건이 발생한 것으로 나타났다. 교정시설 내 매독 발생건수 역시 2015년 139건(0.26%), 2016년 161건(0.28%)으로 증가했으며 2017년 상반기에는 68건이 발생했다. HIV의 경우에도 2015년 153건(0.28%)에서 2016년 193건(0.34%)으로 증가했으며 2017년 상반기에는 118건이 발생하였다.

1) 후천성면역결핍증

미국의 경우, 구금시설 수용자의 HIV 유병률은 일반인구의 약 3배로 알려져 있다. 전체 HIV 감염자 6명 중 1명은 교정시설을 거쳐가는 것으로 보이며, 수감 중 감염사례도 보고되었으나, 구금시설 내 전파보다는 수감 전 감염일 것으로 추정한다. 구금시설 내 치료결과는 좋은 편으로, 출소 후 치료를 이어가게 하는 것이 관건이다[50]. 국내에서도 정확한 HIV 감염현황 파악에는 한계가 있고, 감염경로 파악은 더욱 힘들어 신뢰할만한 통계자료는 극히 제한된다.¹²⁾ 통상 주사기 재사용이나 구금시설 내 문신시술, 안전하지 않은 성관계 등이 구금시설 내 HIV 및 HBV 전파와 연관이 있는 것으로 알려져 있지만 국내 교정시설 환경과는 다소 이질감이 있는 것이 사실이다.

2) 만성간염

전 세계적으로 구금시설 수용자는 일반인구와 비교하여 HCV에 감염되어 있을 가능성이 9-13배 정도이며, 국가별 편차가 있지만 일부 국가에서 B형간염 또한 일반인구에 비해 높은 감염률을 보이는 것으로 보고되었다[50]. 적절히 치

10) 본 연구에서 다루는 만성감염병은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 다음과 같이 분류되어 있다. B형간염: 2군 감염병, C형간염: 3군 감염병, 매독: 3군 감염병, 후천성면역결핍증: 3군 감염병, 결핵: 3군 감염병.

11) 1일 평균 수용인원: 전국 교정기관에 수용된 수용자의 1년간 평균 인원으로서, 1월 1일부터 12월 31일까지 매일 수용인원의 합을 365일로 나눈 수치임.

12) 교정시설 내 HIV 감염자 추이 (이춘석 의원실과 박주민 의원실 보도자료를 종합)[51, 52]

연도	2005	2006	2007	2008	2009	2010	...	2015	2016	2017(상반기)
감염자(명)	12	20	36	38	45	47		153	193	118

료하지 않은 만성 B형 및 C형 간염은 간경화나 간암으로 이어질 수 있다. WHO는 구금시설 내 모든 수용자들이 C형 간염 검사를 받을 것을 권고하고 있지만, 실제 국내 교정시설 건강검진 항목에서는 제외되어 있다. 게다가, C형 간염의 경우 고가의 치료가 필요하다.

3) 결핵

구금시설은 과거 ‘결핵 저장소(reservoir)’로 여겨졌다.¹³⁾ 현재도 이러한 취약성은 크게 개선되지 않은 것으로 보이는데, 교정시설 결핵현황은 일반 인구에 비해 평균발생률 23배, 유병률 100배에 달하는 것으로 알려져 있다[53]. 대한민국 정부 또한 이러한 문제상황을 인식하고 소관부처인 보건복지부 및 질병관리본부를 중심으로 <결핵관리종합계획>에 따라 전체 결핵발생률을 줄이기 위한 적극적인 결핵사업을 시행 중이다.¹⁴⁾ 동일한 맥락에서 주요 사업대상인 교정시설에 대해서도 2017년 잠복결핵검사 사업에 이어 2018년 잠복결핵치료 사업을 본격 시작하였다.

(2) 문제점

1) 치료의 연속성 단절

장기간 다량의 약제를 복용해야 하는 결핵을 비롯하여 대부분의 만성감염병의 경우 완치 또는 관리 가능한 수준까지 치료가 연속적으로 이루어져야 하는데, 이 부분에 가장 큰 어려움이 있다. 많은 국가에서 구금시설과 지역사회 보건 의료 시스템 간 협업이 어렵고, 정책과 자원 부족문제가 더해져 수용자 치료연계에 큰 장벽이 존재한다.¹⁵⁾ 국내 역시 교정시설 간 이송 및 출소에 따른 치료의 중단이 빈번하다. 우간다의 경우, 결핵치료를 받던 수용자 81%가 출소 후 치료를 중단했다는 보고가 있다[50]. 또한 교정시설 내 진료기록은 통상 이후 치료기관에 원활히 연계되지 않고, 수용자가 관할 지역을 벗어나는 경우에는 지역 보건소 관리에도 어려움이 있다. 현행법상 출소 이후 연계치료를 무조건 강제할 수만은 없다는 문제도 존재한다.

2) 과밀수용 및 영양상태, 환기불량

과밀수용과 불량한 영양상태는 감염병의 전파에 있어 중요한 위험요소이다. 실제 몽골에서는 수용자 정원 감축과 영양상태 개선을 통해 결핵의 질병부담을 낮춘 사례가 있다[54]. 한국의 경우 2017년 기준 수용정원 대비, 1일 평균 수용 인원은 거의 120%에 달하는 것으로 알려져 있다[18]. 또한, 결핵과 같은 공기매개 감염병의 전파 방지에 있어 중요한 ‘적절한 환기’에 대한 관리 역시 특별한 체계가 없는 상황이다.

(3) 제안

1) 재사회화 또는 일반적 관점

감염병 관리는 새로 입소하는 수용자에 대한 스크리닝, 정기검사를 통한 진단, 그리고 적극적인 치료를 바탕으로 한다. 예컨대 현재 교도소 내에서 이루어지는 활동성 결핵과 잠복결핵 검사 및 치료, B형간염 검사 및 예방접종, 활동성 B형, C형 간염과 성병 등에 대한 치료가 그것이다.

13) <http://www.action.org/newsroom/blog/how-prison-conditions-fuel-the-tuberculosis-epidemic>

14) 제2기 <결핵관리종합계획(2018-2022년)>에 따르면, 결핵퇴치 성과목표는 국내 결핵발생률을 2016년 10만 명당 77명에서 2022년 10만 명당 40명으로 줄이는 것이다.

15) http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20171213_UNAIDS_PCB41_Update-HIV-Prisons-UNODC_PPT.pdf

추가적으로 현재 있는 과밀수용 문제를 해결하고, 적절한 영양의 식이가 이루어지고 있는지 주기적인 관리가 필요하다. 남아프리카공화국에서 수행된 연구에 따르면, 교정시설 내 최저 수용인원을 지켰을 경우, 감염된 같은 방 수용자에게 노출된 경우에도 그 전파확률이 30%가량 감소하며, WHO가 권고하는 적절한 환기가 추가로 이루어진다면 전파확률은 50% 까지 떨어진다[55].

2) 회복적 관점

지역사회 보건소, 질병관리본부와의 밀접한 연계를 바탕으로 한 출소 이전 수용자 인구에 대한 공중보건학적 개입이 필요하다. 감염병 환자를 제대로 치료하지 않은 채 수용자를 지역사회로 돌려보내는 것은, 다른 지역사회 구성원을 감염병에 노출시키는 중대한 위험요소를 제공한다. 특히 결핵약을 복용하고 있거나 만성간염이 있는 수용자를 대상으로 지역사회 보건소에서 출소 전 교육을 시행하는 것은 한 가지 좋은 대안이 될 수 있다.

WHO는 이미 법무부나 별개의 조직이 아닌 전반적인 건강보건 관리기구¹⁶⁾가 교정시설의 보건의료를 담당할 것을 권장하고 있다. 이는 교정시설과 사회의 동등한 건강관리를 법적으로 보장하기 위해서이다. 이와 같은 시스템의 변화 또한 ‘지역사회의 통합’이라는 회복적 교정과 공중보건 두 가지 목표를 한꺼번에 달성하는 데 도움이 될 수 있다[13].

사회적 연결망의 파괴, 집과 거주지의 부재, 구직의 어려움 등은 이들이 다시 HBV, HCV를 비롯한 여러 감염 위험을 늘릴 수 있는 술, 약물중독과 같은 행동에 빠지도록 하는 위험요소가 된다. 이에 대하여 관련 생활습관 및 주변 환경에 대한 교육을 지역사회와 함께함으로써 그 위험을 차츰 줄여갈 수 있다.

16) 한국의 경우 보건복지부(및 질병관리본부)가 이에 해당한다.

결론

피해자-가해자와 함께 지역사회가 참여하여 공동체의 회복을 추구하는 회복적 교정을 완성하기 위해서는 고령화, 정신건강, 전염병에 대한 의료적 해결이 필수적이다. 특히 교정의료 분야별 문제들을 기존 재사회화 관점과 함께 회복적 관점에서 다시 생각해 보는 것은 새로운 문제해결 방법을 찾는 데에도 도움을 준다. 아래에 회복적 교정의 주요개념과 교정의료로의 적용예시를 도식화하였다(그림 6).

회복적 교정	회복적 교정을 적용한 교정의료의 예	
1. 피해자-가해자		
· Victim-offender mediation, VOM · Victim-Offender Dialog Programs	정신건강	피해자와 함께하는 명상
2. 피해자-지역사회		
· Victim support circles · Victim awareness and empathy programs	정신건강	피해자와 가족에게 정신심리학적 상담 및 치료 제공
3. 가해자-지역사회		
· Restorative Prisons Project · Restorative Reentry Programs	정신건강	지역사회 봉사활동
	고령화	경제상태 및 생활환경 개선
		주치의 제도 도입
		호스피스 시설 연계 완화치료
	감염병	보건소 연계 등을 통한 치료 지속성 보장
4. 피해자-가해자-지역사회		
· Peace circles · Family group conferencing · Community conferencing	정신건강	관련된 모든 사람에게 정신심리학적 교육

〈그림 6〉 회복적 교정의 적용 개념도 (김용세(2006)를 재구성)[4]

교도소와 구치소와 같은 구금시설의 수감은 수용자들의 건강은 물론 그 가족들의 건강에도 영향을 미치며, 이로써 전체 인구집단의 건강에 중요한 결정요인으로 작용한다[56-57]. 또한 수감 자체가 개인의 건강에 영향을 미치듯이, 그 역

도 성립함이 확인되고 있다. 즉, 구조적 불이익, 건강의 사회적 결정요인, 복잡한 건강문제, 적절한 의료서비스에 대한 접근성 부족이 교정시설 수감으로 이어질 수 있다는 것이다. 따라서 교정시설과 지역사회의 연계는, 해결되지 않은 교정 시설의 보건의료 문제들이 지역사회 보건의료시스템 내에 무방비로 흘러 들어가는 것을 방지함은 물론, 다시 지역사회의 건강문제가 수감으로 이어지는 불상사를 막는다.

이러한 이유로 공공보건의료 관점에서 회복적 교정의 개념을 적극적으로 도입하는 것은 지역사회의 건강 및 보건의료 수준을 개선할 수 있는 하나의 좋은 방법으로 생각된다. 이는 곧 개인과 공동체의 건강 수준을 향상시킴과 동시에 전체 공중보건의 비용-효과 측면에서도 효율을 기대하는 것이다.

아직은 여전히 전통적인 재범방지에 치중하여 정부의 많은 예산이 투입되고 있는 현실이다. 하지만 회복적 교정의 철학과 이념이 교정의료 현장에 적용된 미래에는, 좁게는 구금시설 안팎의 공중보건 향상을 이루고, 넓게는 구금시설과 지역사회를 연결하는 공중보건의 회복을 통해 수용자의 재범방지를 포함하는 형사사법의 개선에도 크게 기여할 수 있기를 바란다.

참고문헌

1. 임준. 공공보건의료 개념의 재구성과 과제. 대한공공의학회지. 2017;1(1):109-127.
2. 임구일. 공과 공, 공공의료. 대한공공의학회지. 2017;1(1):59-64.
3. 연성진, 노용준, 김안식, 정영진. 수용자의 보건의료 실태와 개선방안에 관한 연구. 한국: 한국형사정책연구원; 2008.
4. 김용세, 류병관. 교정단계에서 회복적 사법의 가능성. 경제·인문사회연구회 협동연구총서; 2006.
5. 하워드 제어. 회복적 정의 실현을 위한 사법의 이념과 실천. KAP. 2015. (조균석 외 번역)
6. 이진국, 박찬걸. 교정단계에서 회복적 사법이념의 실천방안. 아주대학교 산학협력단; 2016.
7. McLeod KE, Martin RE. Health in correctional facilities is health in our communities. CMAJ. 2018;190(10):E274-E275.
8. 남상철, 박상석. 수형자의 재범요인 연구. 교정연구. 2011;50:115-139.
9. 이석배. 수형자의 치료받을 권리에 대한 법적·의료적 현황과 문제점. 의료정책포럼. 2015.
10. 주영수, 김명희, 임준, 김승섭, 정민영, 박경민 외. 구금시설 건강권 실태조사. 한국: 국가인권위원회; 2016.
11. 이어진. 법무부 보건의료체계 고찰: 병렬 혹은 소외된 공중보건 분야. 대한공공의학회지. 2017;1(1):157-175.
12. Greene M, Ahalt C, Stijacic-Cenzer I, Metzger L, Williams B. Older adults in jail: high rates and early onset of geriatric conditions. Health Justice. 2018;6(1):3.
13. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. Lancet Psychiatry. 2016;3(9):871-881.
14. Rich JD, Beckwith CG, Macmadu A, Marshall BDL, Brinkley-Rubinstein L, Amon JJ et al. Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis (SERIES: HIV AND RELATED INFECTIONS IN PRISONERS). Lancet. 2016;388(10049):1103-1114.
15. Spaulding AC, Anderson EJ, Khan MA, Taborda-Vidarte CA, Phillips JA. HIV and HCV in U.S. Prisons and Jails: The Correctional Facility as a Bellwether Over Time for the Community's Infections. AIDS Rev. 2017;19(3):134-147.
16. Freudenberg N, Heller D. A Review of Opportunities to Improve the Health of People Involved in the Criminal Justice System in the United States. Annu Rev Public Health. 2016;37:313-333.
17. 법무부 교정본부. 교정실무. 법무부; 2018.
18. 법무부 교정본부. 교정통계연보. 법무부; 2018.
19. Yoon S. Comparison of disease prevalence based on prescribed medication between total prison inmates and general population in South Korea [master's thesis]. Seoul: Korea University; 2017.
20. 뉴스1. [국감브리핑] 매년 22명 교도소에서 질병으로 사망... "의료환경 열악" (인터넷) 2017. 10. 16. 보도기사. <http://news1.kr/articles/?3124497> (2018년 9월 20일 접속)
21. Fay-Ramirez S. Therapeutic Practice through Restorative Justice: Managing Stigma in Family Treatment Court. QUT Law Review. 2016;16(3):Special Issue-Therapeutic Jurisprudence.
22. Lee SJ, Suh JH, Lee YH. Mental health status on the scores of MMPI among inmates of prisons. Kor J Psychology 2000;19:43-62.
23. Park JI, Kim YJ, Lee SJ. Mental Health Status of Prisoners in Correctional Institutions. J Korean Neuropsychiatr Assoc. 2013;52(6):454-462.
24. Raymond F. Patterson. Our Part in the Evolution of Correctional Mental Health Care. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2018;46(2):140-146.
25. Bilderbeck AC, Farias M, Brazil IA, Jakobowitz S, Wikholm C. Participation in a 10-week course of yoga improves behavioural control and decreases psychological distress in a prison population. J Psychiatr Res. 2013;47(10):1438-1445.
26. Jenkins R. Landscaping in Lockup: The Effects of Gardening Programs on Prison Inmates [Graduate Theses & Dissertations]. Pennsylvania: Arcadia University. 2016.

27. Yoon IA, Slade K, Fazel S. Outcomes of Psychological Therapies for Prisoners With Mental Health Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85(8):783-802.
28. Prendergast ML. Interventions to Promote Successful Re-Entry Among Drug-Abusing Parolees. *Addict Sci Clin Pract*. 2009;5(1):4-13.
29. Kim KH, Park JI, Lee SJ, Jang KH. Mental Health Status of Correctional Officers in Correctional Institutions. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2017;56(1):20-27.
30. McKenna B, Skipworth J, Pillai K. Mental health care and treatment in prisons: a new paradigm to support best practice. *World Psychiatry*. 2017;16(1):3-4.
31. Martin MS, Colma I, Simpson AIF, McKenzie K. Mental health screening tools in correctional institutions: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2013;13:275
32. Bartlett A, Hollins S. Challenges and mental health needs of women in prison. *The British Journal of Psychiatry*. 2018;212(3):134-136.
33. Wilson AB, Barranger SL, Brusilovskiy E, Draine J, Salzer MS. Community Participation Among Individuals with Serious Mental Illnesses Leaving Jail. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*. 2017;4(1):45-51.
34. Haley MJ. Drug courts: The criminal justice system rolls the rock. *Loyola Journal of Public Interest Law*. 2016;17(2):183-214.
35. Trestman R, Appelbaum K, Metzner J. *Oxford Textbooks in Correctional Psychiatry*. Oxford University Press. 2015.
36. Jamie Fellner. Human Rights Watch. Old Behind Bars: The Aging Prison Population in the United States. United States of America: Human Rights Watch, 2016.
37. Reuters. Aging Japan: Prisons cope with swelling ranks of elderly inmates. (Internet) 2018. 3. 14. pressed. <https://www.reuters.com/article/us-japan-ageing-prisons/aging-japan-prisons-cope-with-swelling-ranks-of-elderly-inmates-idUSKCN1GQOAL> (2018년 9월 20일 접속)
38. Bloomberg Businessweek. Japan's Prisons Are a Haven for Elderly Women. (Internet) 2018. 3. 16. pressed. <https://www.bloomberg.com/news/features/2018-03-16/japan-s-prisons-are-a-haven-for-elderly-women> (2018년 9월 20일 접속)
39. Business Insider. Elderly people in Japan are getting arrested on purpose because they want to go to prison. (Internet) 2018. 3. 19. pressed. <https://www.businessinsider.com/japan-aging-prison-2018-3> (2018년 9월 20일 접속)
40. 강은영, 권수진, 원혜옥. 고령화사회에 따른 노인수형자 처우방안. 한국형사정책연구원; 2014.
41. 이상우. 고령자 범죄 현황과 특징. 보험연구원; 2018.
42. 이신영. 노인수형자를 위한 심리치료 프로그램 개발 연구. 교정연구. 2004;22:115-139.
43. 이동임. 노인전담 교정시설 설치를 통한 노인수형자 처우의 필요성에 관한 연구. 교정복지연구. 2015;38:170-195.
44. Handtke V, Wangmo T, Elger B, Bretschneider W. New Guidance for an Old Problem: Early Release for Seriously Ill and Elderly Prisoners in Europe. *The Prison Journal*. 2017;97(2):224-246.
45. 김봉수. 노인범죄의 급증현상에 대한 원인분석과 대안. 법학논총. 전남대학교 법학연구소; 2012;32(1):7-32.
46. 박숙완. 노인범죄자의 대안적 처우방안. 교정복지연구. 2016;41:27-58.
47. Loeb SJ, Abudagga A. Health-related research on older inmates: An integrative review. *Res Nurs Health*. 2006;29(6):556-65.
48. Cloyes KG, Rosenkranz SJ, Supiano KP, Berry PH, Routt M, Llanqueet SM et al. Caring to learn and learning to care: inmate hospice volunteers and the delivery of prison end-of-life care. *J Correct Health Care*. 2017;23(1):43-55.
49. Kamarulzaman A, Reid SE, Schwitters A, Wiessing L, El-Bassel N, Dolan K et al. Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. (SERIES: HIV AND RELATED INFECTIONS IN PRISONERS). *Lancet*. 2016;388(10049):1115-1126.

50. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Kinner SA et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. (SERIES: HIV AND RELATED INFECTIONS IN PRISONERS). *Lancet*. 2016;388(10049):1089-1102.
51. 박주민 의원실. [보도자료] 교도소 내 감염병 증가하는데 의사정원 못채워. 2017. 10. 10. 발행. 더불어민주당 국감자료실. http://theminjoo.kr/inspectionDetail.do?nt_id=16&bd_seq=84509 (2018. 9. 25. 접속)
52. 국민일보. 에이즈 재소자 숫자조차 모른다… 채혈 거부하면 달리 검사못해. 이춘석 의원실 보도자료 인용. (인터넷) 2010. 10. 3. 보도기사. <http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0004177310> (2018. 9. 25. 접속)
53. Ndeffo-Mbah ML, Vigliotti VS, Skrip LA, Dolan K, Galvani AP. Dynamic Models of Infectious Disease Transmission in Prisons and the General Population. *Epidemiologic reviews*. 2018;40(1):40-57.
54. Yanjindulam Pl, Oyuntsetseg P, Sarantsetseg B, Ganzaya S, Amgalan B, Narantuya J et al. Reduction of tuberculosis burden among prisoners in Mongolia: review of case notification, 2001-2010. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012;16(3):327-329.
55. Johnstone-Robertson S, Lawn SD, Welte A, Bekker LG, Wood R. Tuberculosis in a South African prison; a transmission modelling analysis. *S Afr Med J*. 2011;101(11):809-813.
56. Drucker E. Restoring Justice: From Punishment to Public Health. *Am J Public Health*. 2014;104(3):388.
57. Kinner SA, Young IT. Understanding and Improving the Health of People who Experience Incarceration: An Overview and Synthesis. *Epidemiology Reviews*. 2018;40(1):4-11.