

図6 書類審査の保留頻度

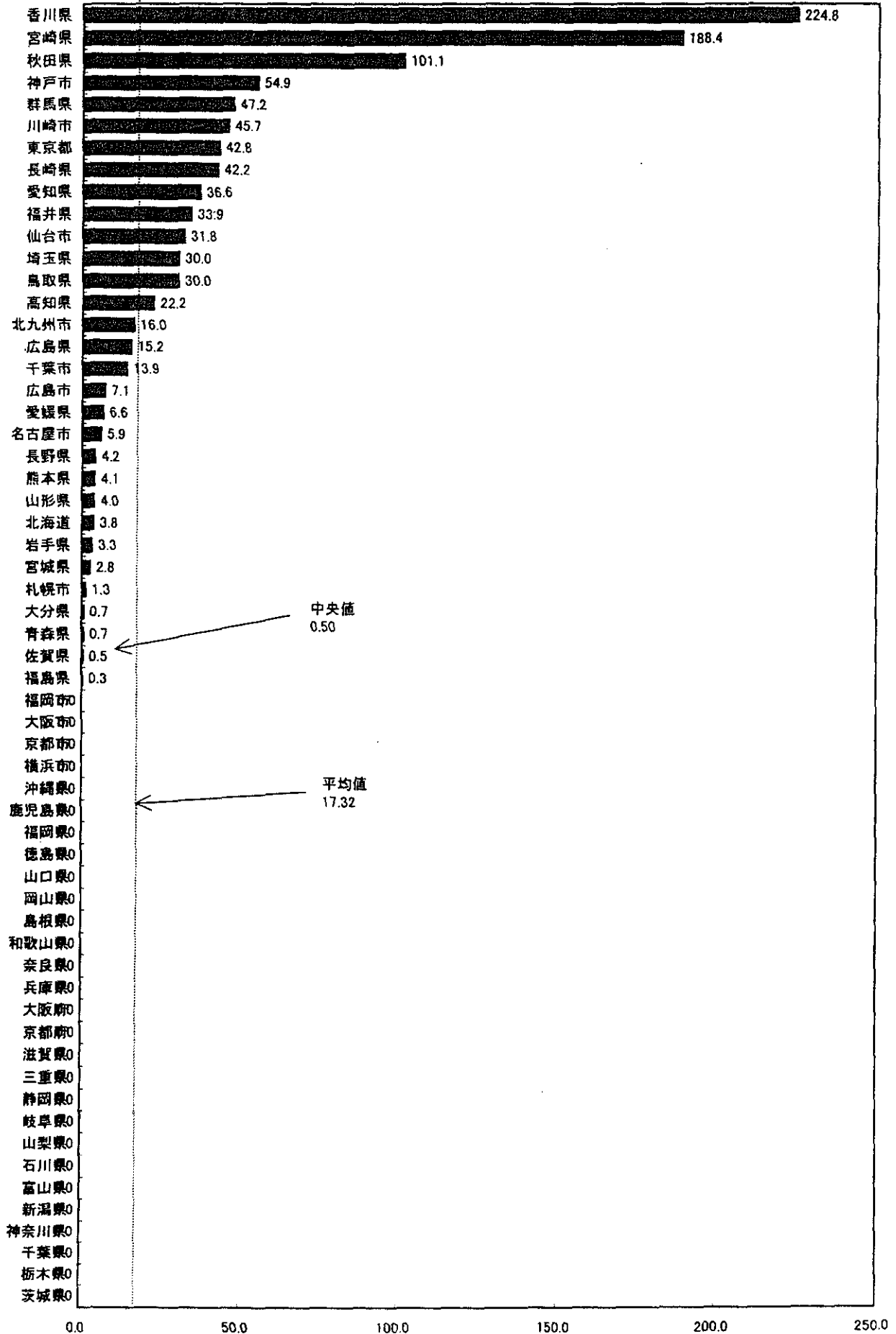


図7 退院請求等の審査頻度

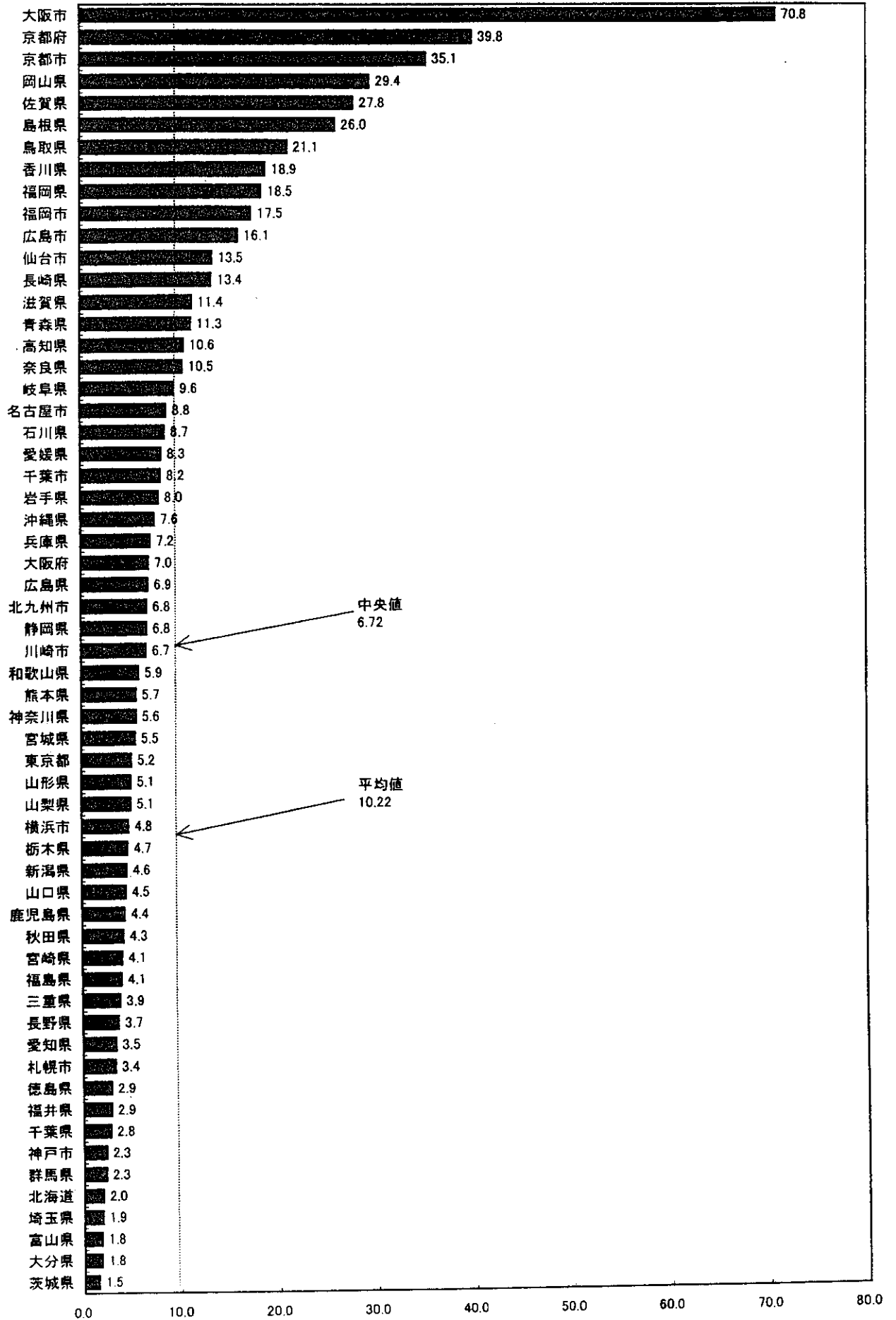
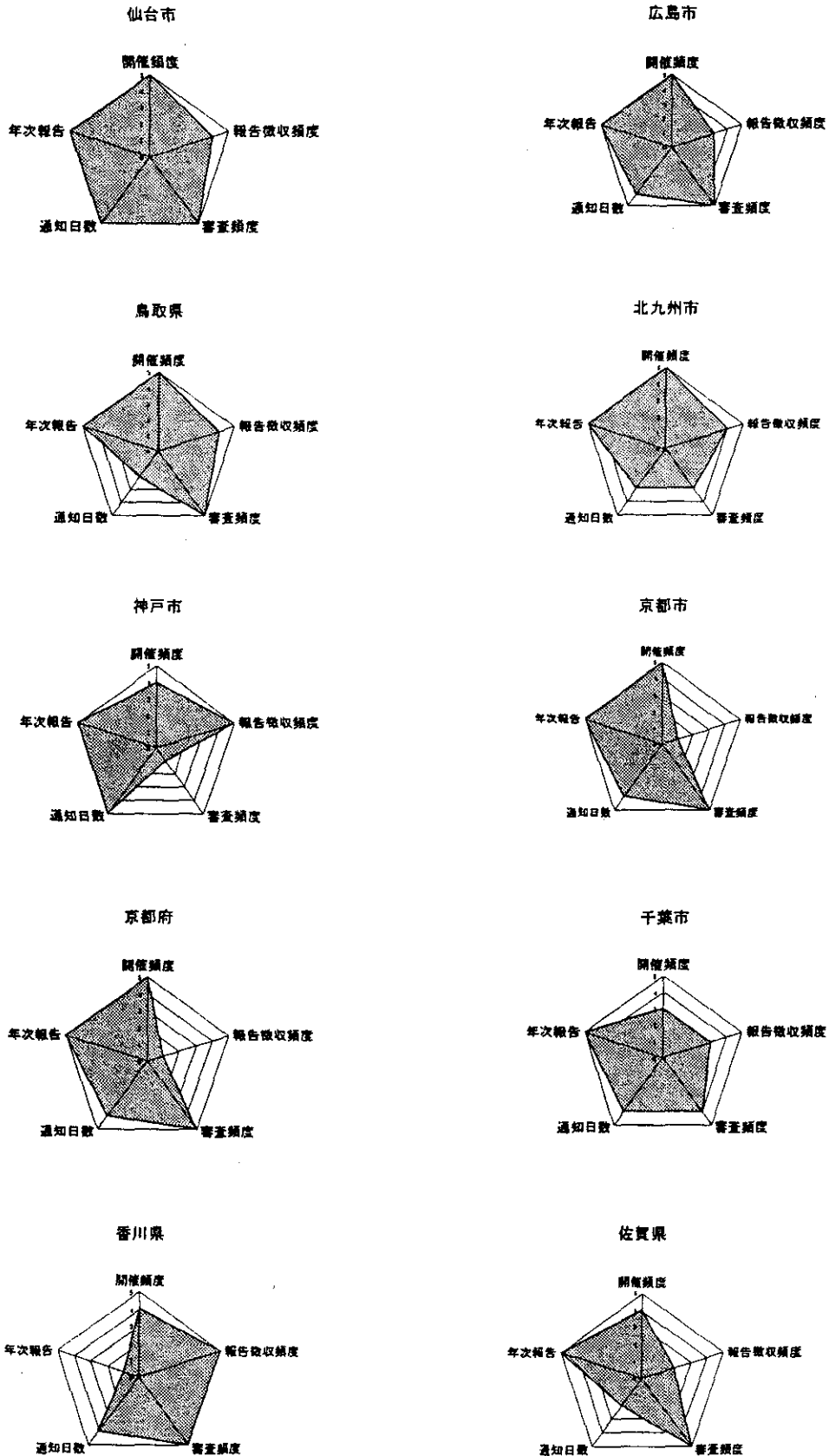
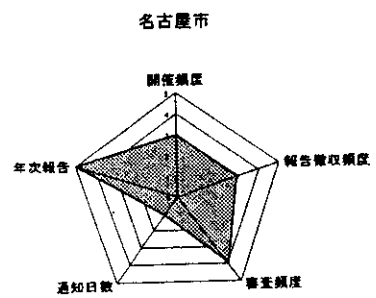
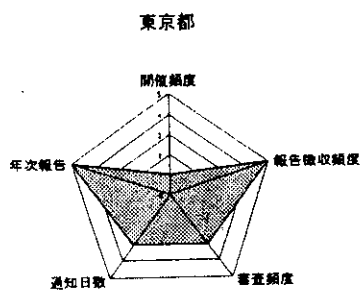
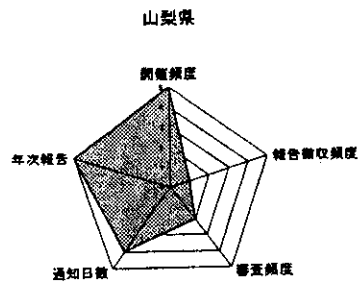
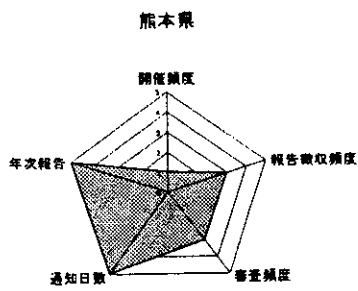
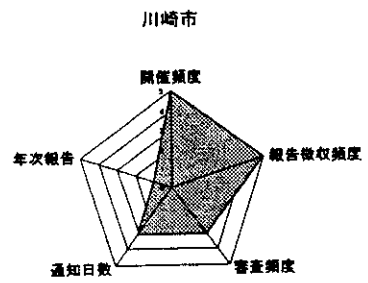
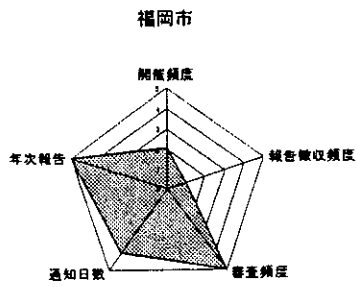
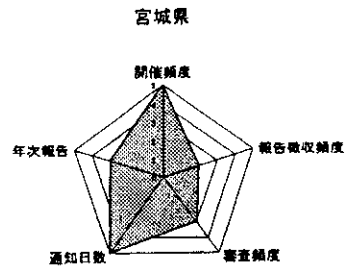
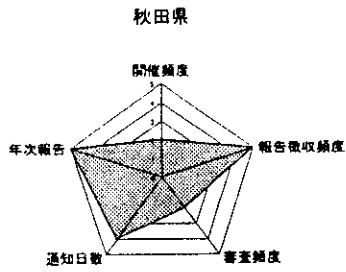
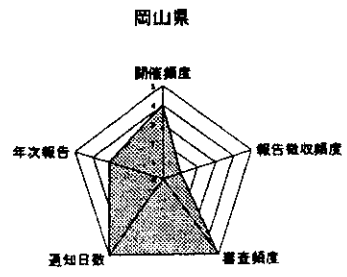
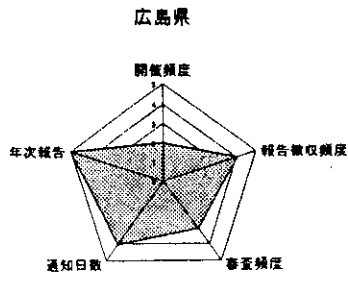
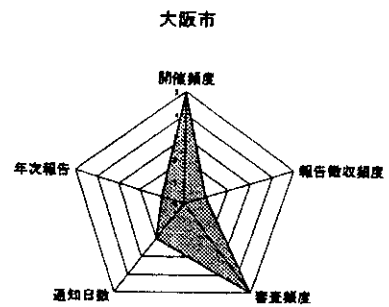
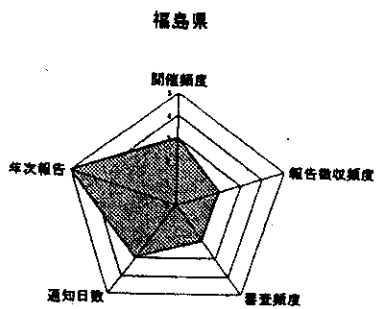
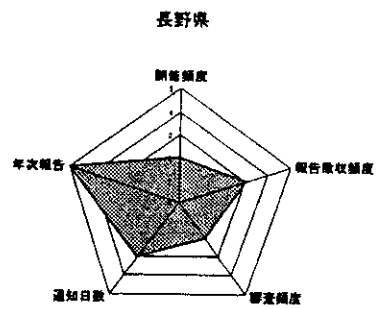
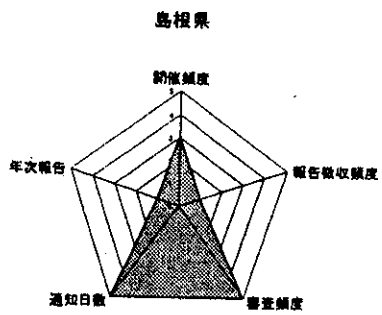
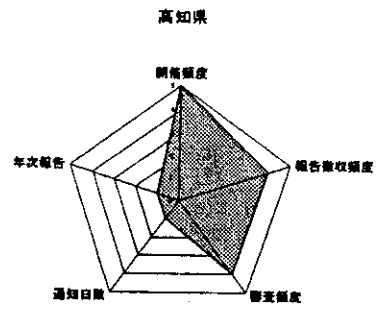
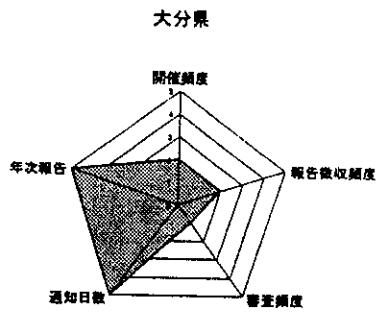
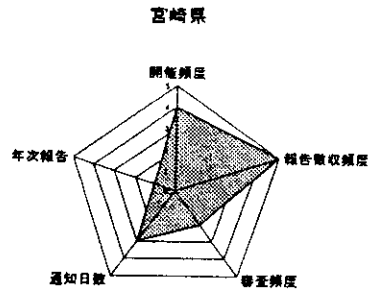
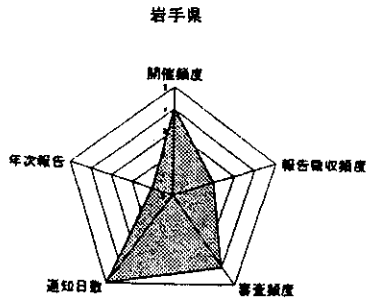
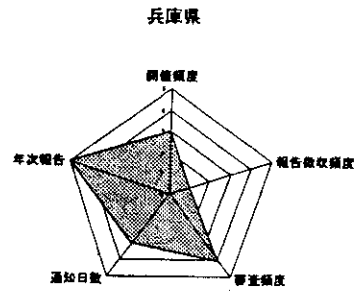
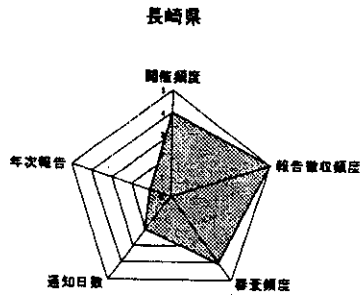


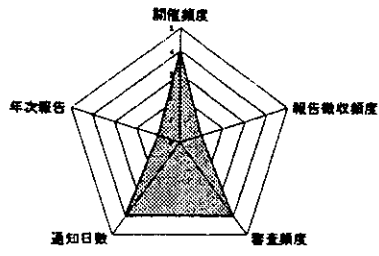
図8 各審査会の活動性



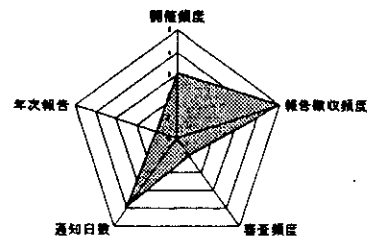




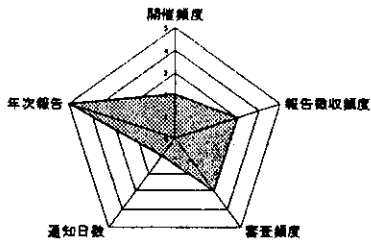
奈良県



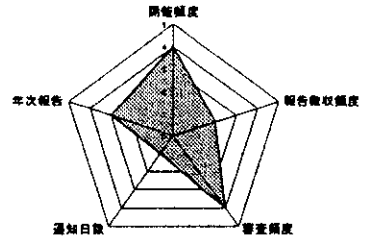
群馬県



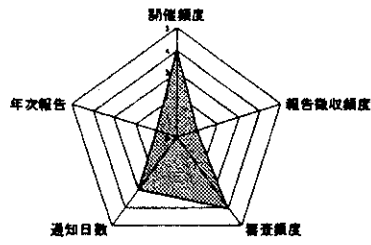
山形県



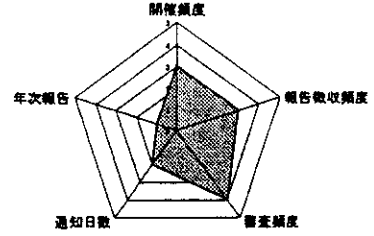
青森県



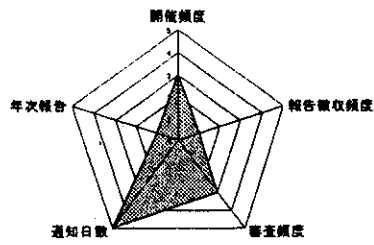
沖縄県



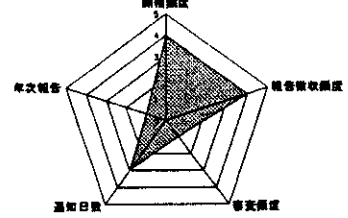
愛媛県



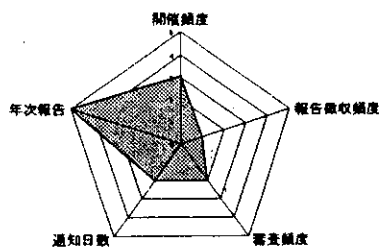
和歌山県



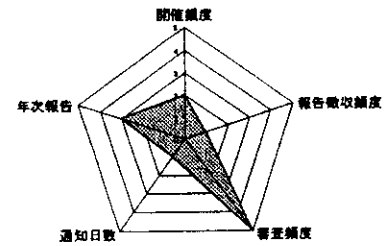
福井県

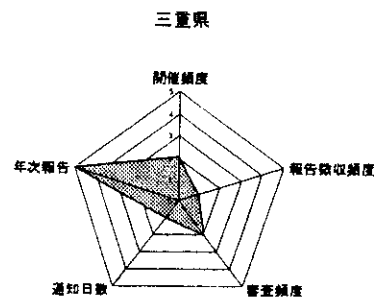
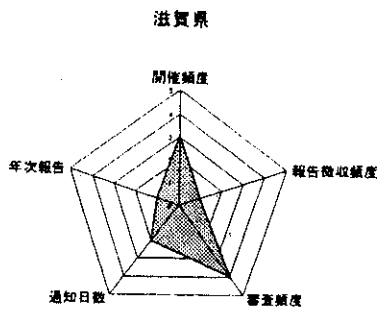
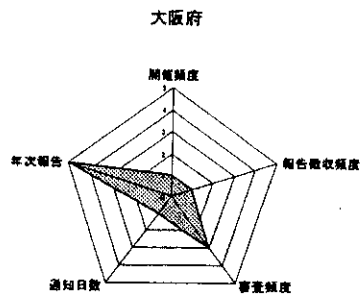
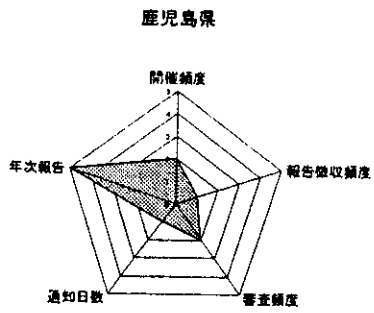
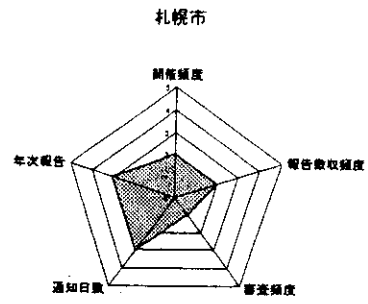
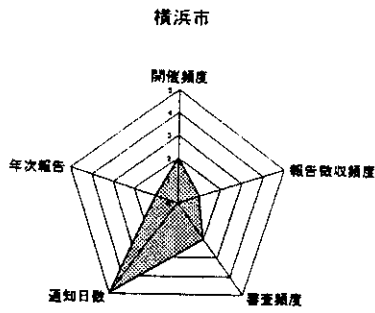
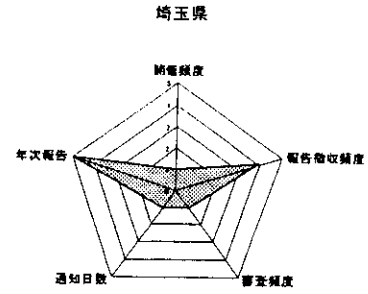
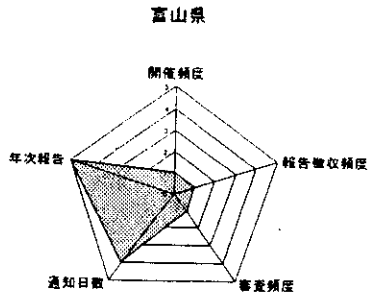
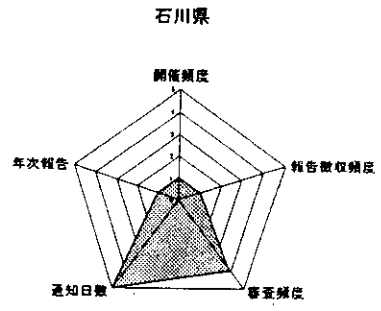
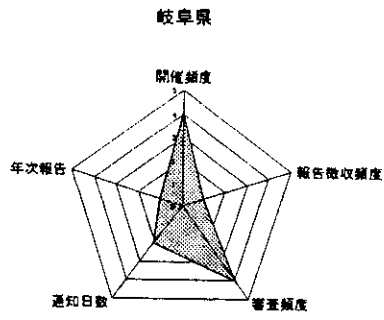


栃木県

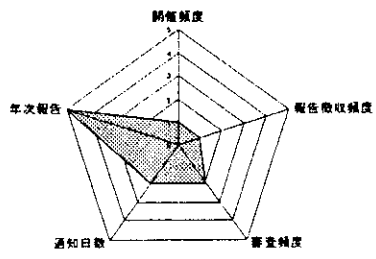


福岡県

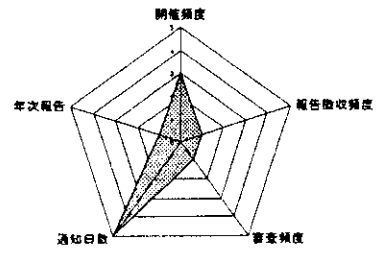




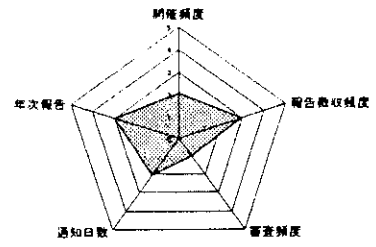
新潟県



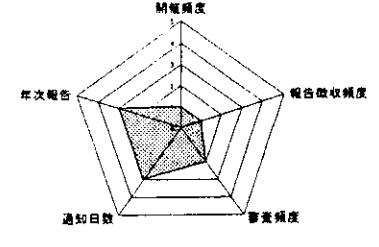
茨城県



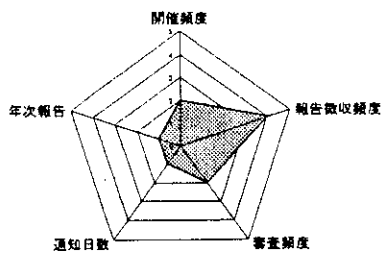
北海道



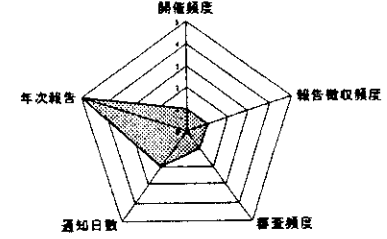
山口県



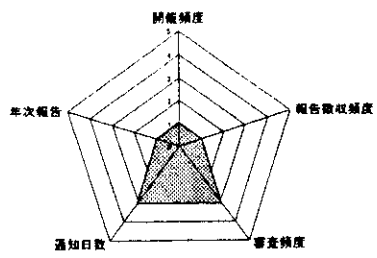
愛知県



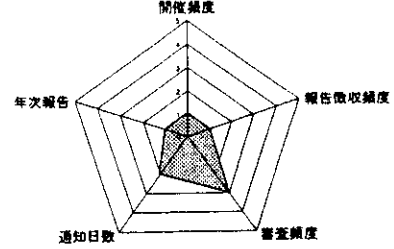
千葉県



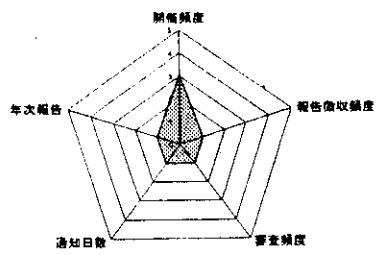
静岡県



神奈川県



徳島県





# 精神医療審査会事務局運営マニュアル案

## 1. 精神医療審査会事務局運営の基本理念

平成 11 年の精神保健及び精神障害福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」）の改正により、精神医療審査会（以下「審査会」）は、委員定数の上限が撤廃され、書類審査による報告徴収権や審問権が付与されるなど、その機能が大幅に強化された。これに伴って、審査会事務局も、精神保健行政における独立性と専門性を高めるために、平成 14 年度から精神保健福祉センターに設置されることとなった。

この移管を機に、審査会は、精神医療審査会運営マニュアル（平成 11 年度改訂版）に沿って、時間がかかりすぎると批判のあった退院請求等の審査プロセスを迅速化し、精神病院の实地指導や实地審査と連携するなどして、審査会の人権擁護機能を強化すべきである。また、審査会の具体的な活動内容を年次報告書などの形で一般に公開すべきである。こうした審査会活動の迅速性と透明性を高めるためには、審査会事務局が中心的な役割を果たす必要がある。

## 2. 審査会事務局体制

前記の審査会事務局運営の基本理念を達成するために、以下のような事務局体制が構築されることが望ましい。

- (1) 精神医療審査会事務局は、精神保健福祉センター長直属の独立部門とする。
- (2) 精神保健指定医を審査会事務局長に任ずる。原則として、精神保健福祉センター長は事務局長を兼務しないこととする。
- (3) 事務局員には事務担当官のほかに、精神保健指定医、精神保健福祉士、保健婦など精神保健福祉に十分経験と知識のある専任職員を配置する。

## 3. 審査会事務局の業務

情報公開も念頭に入れて、全体会議事録及び定例審査会における合議体議事録を作成するものとする。

### (1) 合議体の開催

#### (a) 開催頻度

審査の迅速性を確保するため、各合議体は月に 1 回の頻度で開催されることが望ましい。少なくとも、退院ないし処遇改善請求が受理された場合は、請求の受理から 1 ヶ月以内に審査結果を通知できるよう、当該の合議体を開催すべきである。

#### (b) 議事録の作成

情報公開も念頭に置いて、各合議体の開催ごとに議事録を作成することが望ましい。

### (2) 入院届・定期病状報告等の審査

#### (a) 関係書類の管理

(ア) 関係書類は最終の審査日から最少 5 年間、保管する。なお、5 年以上経過しても入

院継続中の患者についてはその後も保管する。

(イ) 審査終了後、審査会委員に配布した複写書類は消却処分する。

(ウ) 情報公開の範囲については、個人情報以外の情報は原則として公開の対象となるが、都道府県の公開条例に従うものとする。

#### (b) 書類審査

(ア) 合議体委員全員が全ての書類に目を通すことができるようにする。殊に入院届、定期病状報告、退院等請求に関する書類については、全委員が十分な審査を行えるよう事前に配布しておき、審査会終了後に回収する。

(イ) 合議体の数に配慮して迅速かつ十分な時間を審査に当てるようにする。審査件数が多いために審査時間が著しく短い審査会では、合議体数および合議体開催頻度を増やすよう努めることとする。

#### (c) 審査結果

(ア) 審査結果は、速やかに知事へ報告し、審査結果の履行状況について、次回の同じ合議体の審査会に間に合うように、知事から回答を得ておくものとする。

(イ) 合議体の長から要請のあるときには、事務局員は病院管理者等に対し文書（例えば「調査事項」の送付）または実地訪問による調査を行わなければならない。さらに、関係者を審査会に呼んで審問することができる。

### (3) 退院もしくは処遇改善請求の審査

#### (a) 電話による請求の取り扱い

(ア) 専用電話を設置する。24時間体制で対応できることが望ましい。

(イ) 原則として、精神保健福祉に関する知識と経験のある職員が対応する。

(ウ) 丁寧に対応し、相談内容を把握するよう努力する。電話相談者が請求者本人ではない場合や本人でも匿名の場合には、退院等の請求であることを確認した上で、退院等の請求に関わる審査は個人として同定できる本人の請求を前提にすることを説明して、本人に電話口に出てもらうか名前を名乗ってもらうようにする。

(エ) 電話で退院等請求を受理した場合でも、できるだけ請求書の提出を求める。

(オ) 頻回利用者に対しても丁寧に対応し、退院等請求であるならば通常の請求のように処理し、請求を却下した審査結果を回答した後の1ヶ月以内であれば審査結果を繰り返し伝え、相談電話に切り替える。

(カ) 相談内容に基づいて分類する。

①退院の相談

②処遇改善の相談

ア) 法に触れる人権侵害要件

イ) その他の処遇改善要求

③退院・処遇改善の区別のつかない相談

④その他の相談

(キ) 電話相談に関する事項を電話相談記録票に記録する。記録票は、定例の合議体に提示する。

(ク) 退院等の意思確認後に、保護者の意見を文書で求める。

**(b) 退院等に関する請求書の取り扱い**

(ア) 請求書の届き次第、本人に電話で退院等の意思確認を行う。

(イ) その後の手続は電話と同じ。

**(c) 退院等の請求審査**

(ア) 退院等の請求を電話又は書面で受理してから 72 時間以内に合議体の長に報告する。  
なお、受理することに疑義のあるときには審査会会長に報告して受理について指示を仰ぐ。

(イ) 請求受理から 1 ヶ月以内に審査結果が当事者に通知されるよう、請求確認後、2 週間以内に医療委員及び非医療委員の 2 名以上とともに意見聴取を行う。直近の審査会開催日までに意見聴取を終えることが望ましい。

(ウ) 意見聴取で重大な人権上の問題が存在するときには、意見を聴取した委員は速やかにその旨を合議体の長に伝え、長は会長と協議の上、臨時の合議体もしくは審査会総会を招集する。臨時の審査会開催が不都合なときには秘密保持に十分留意して電話等で意見を求めてもよい。また、重大な人権侵害に該当すると思われる事態が、退院等を請求する患者以外の者に生じていることを知り得た場合にも速やかにその旨を合議体の長に伝える。

(エ) 審査結果は、知事を通じて、できるだけ速やかに関係者に通知する。特に請求者本人には、審査結果の理由を丁寧に説明する文書を郵送する。また、病院管理者には、治療内容や治療計画等に関する審査会としての意見を推奨することができる。

(オ) 患者の請求に応じて入院形態の変更・処遇改善・退院指示等の審査結果が出たときには、進捗状況を次回の審査会で報告する。審査結果に病院管理者が応じていないときには、知事を通じて、その理由を病院管理者から聴取することができる。

**(4) 審査会活動報告書の作成**

審査会事務局は、審査会の活動内容を長くとも 1 年単位で集計し、以下のような構成の活動報告書を作成することが望ましい。

**(a) 病院別の書類審査件数等**

- ①措置入院（定期病状報告書）
- ②医療保護入院（入院届、定期病状報告書）
- ③任意入院（医療保護入院あるいは措置入院に変更した数）
- ④移送入院件数（措置・応急・医療保護入院別）
- ⑤報告徴収・実地調査及び審問による調査を要した件数とその概要

**(b) 病院別・入院形態別の退院等請求件数**

- ①患者の年齢層（10 歳区分）
- ②入院形態
- ③請求内容
- ④請求受理から事情聴取までの日数
- ⑤事情聴取に赴いた調査者
- ⑥請求受理から審査までの日数
- ⑦審査結果（請求が認められた場合の理由を含む）

- ⑧審査決定から審査結果通知までの日数
- ⑨審査結果通知から審査後状況の確認までの日数
- ⑩電話相談一覧表

## (5) 審査会総会

### (a) 定例総会の開催

審査会委員全員と事務局が出席する定例総会を1年に1回以上開催する。審査会事務局は、総会の事務を取り扱う。

### (b) 報告事項と議事

定例総会においては年間報告書に基づいて1年間の審査会活動を報告し、審査会委員の意見を求める。また、必要な事項につき討議する。審査会事務局は、事前に討議事項を審査会委員から募っておくことが望ましい。

### (c) 臨時総会の開催

審査会全体で検討を要する問題が生じたときには、事務局は審査会会長と相談して、臨時に総会を開催することができる。

### (d) 議事録の作成

情報公開を念頭に置いて、総会議事録を作成することが望ましい。

## (6) 審査会についての広報普及等

### (a) 広報活動

精神医療審査会、退院等請求について、適切な情報と知識が普及するよう努力する。

### (b) 関連機関との連携

精神医療審査会が適切に運営されるよう関係諸機関との適切な連携に努める。

## 附言

上記に示した審査会事務局運営マニュアルを実現するためには、事務局人員の充実が必須となる。しかも、平成14年度から精神保健福祉センターには、精神障害者福祉手帳および通院医療費公費負担に関する事務も移管される。職員が過重な負担を強いられることが予測されるようなセンターでは、業務の確実な遂行のために、人員増が手当されなくてはならない。

各自治体は、精神障害者の人権擁護と適正な医療の確保という精神医療審査会制度の枢要な役割を認識し、精神障害者の人権擁護のためにどれだけのコストを投じているかによって、国家や自治体の文明度が測られる時代になっていることを銘記していただきたい。

平成13年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究  
主任研究者 鈴木二郎 国際医療大学教授

分担研究報告書

各国の精神保健法の比較研究

分担研究者 白石 弘巳 東京都精神医学総合研究所 専門副参事

研究要旨

平成13年度は、平成12年度に引き続き、以下の研究を行った。

- 1) 1999年に改正された精神保健福祉法の英文翻訳を推敲した後、これを簡易製本し、日本語法文とともに精神保健福祉関係諸団体や法と精神医学領域の研究者に送付し、検討や修正を要する点について意見を求めた。
- 2) 平成12年度は、カナダのブリティッシュ・コロンビア州の精神保健法及び成年後見4法について検討した。平成13年度は、東アジア、特に韓国の精神保健法制度について調査し、日本の制度との相違点について検討した。韓国は、日本と同様保護者制度により、精神障害者を入院させる制度が中心であり、社会復帰施設の充実が課題となっていた。また、措置入院のあり方や医療制度に違いがあり、医療機関への長期入院は少なく、むしろ医療機関ではない精神療養施設に長期間滞在する精神障害者の問題解決が急務とされていた。こうした背景の相違を認識した上で、文化に規定される地域的なあり方を「東アジアモデル」としてまとめ、北米やヨーロッパの法律と対比してその意義について広く理解することが必要と結論した。

研究協力者(五十音順)

五十嵐禎人 東京都精神医学総合研究所  
主任研究員  
池原毅和 東京アドヴォカシー法律  
事務所 弁護士  
木村朋子 にしの木クリニック  
精神保健福祉士  
竹島 正 国立精神保健研究所  
精神保健計画部長  
趙 晟容 上智大学法学部 助手  
山本輝之 帝京大学法学部 助教授

A. 研究目的

1987年、入院期間や精神病院内での不祥事件の発生などについて国際的な批判を受ける中で、精神衛生法が改正されて、精神保健法が誕生した。その後も、1993年、1995年、1999年の計3回の法改正が行われてきた。1999年改正の基本的な方向は、1)精神障害者の人権に配慮した保健医療福祉サービスの確保、2)医療の確保のための援助、3)市町村を中心とした在宅福祉施策の確立であった。こうした一連の改正の結果、日本の精神保健法は、単に入院医療に

関する人権保障の手続きに止まらず、広く国民の精神保健の保持や向上を謳い、また精神障害者の福祉に関する国の基本施策を規定するものとなっている。しかも、1999年の法改正でも先送りされている課題があり、さらに精神病院における新たな人権侵害事件が明るみに出されるなど精神医療の改革はいまだ道半ばという状況である。

こうした中、今後の精神保健福祉法や精神保健福祉医療施策の指針を探るために、世界各国の精神保健法制度や施策を比較研究することは有効な手段の一つである。精神衛生法の改正時には、改正の指針とするべく、Weistub, D.、Stone, A や Harding, T.W. らにより国際的な精神保健法制研究の動向が伝えられたが、世界各国の現況について十分な紹介が行われているとは言えない。また、日本の精神保健福祉法について一部の海外の研究者が時に興味を示すことはあっても、日本の法制度や施策はほとんど知られていないというべきである。その一因として、日本の精神保健関係者が自国の法制度について積極的に海外に情報発信することに熱心でなかったことが挙げられる。特に、2002年は、世界精神医学会横浜大会に外国からも多くの精神科医らが来日することが見込まれている。この機会に、日本の制度を過不足なく紹介するためには、各国との比較により、日本の精神保健法制度の特徴を改めて明らかにすることが必要である。

以上に鑑み、本研究の意義は以下の二点にある。

まず、諸外国との比較を通じて、精神保健福祉のさまざまな領域を一つの法律でカバーしている現状について検討し、改革の方向性を探ることである。また、インフォームド・コンセントや代諾の制度、触法精神障害者に対する対応など、個別の制度について日本が改革を図る際の指針を得るこ

とである。

第二は、逆に比較を通じて日本の精神保健福祉法や施策、その背景等について海外の研究者等に情報を提供し、相互理解を深める機会とすることである。精神保健法制のあり方に関しては、国連原則(1991)やWHOの精神保健法制に関する10原則(1996)などが標準とされるが、家族のあり方など日本の文化的、社会的状況を俎上に乗せた上で、尊重されるべき日本の個別的事情と、普遍的価値に従うべき部分とに整理することが、真の相互理解への道であると信じる。

研究初年度である平成12年度は、1)今後の比較研究の基礎として1999年(平成11年)に改正された精神保健福祉法の英訳を作成すること、2)同様に法制度改革が進められているカナダ ブリティッシュ・コロンビア州に着目し、広い視野から精神保健法制度の位置づけを概観することなどを目指して調査研究を行った。

平成13年度は、精神保健福祉法の英訳について、可能な限り多くの内外の関係者から意見を募り、さらに検討を続けた。また、海外の法制度については、韓国の精神保健福祉と法制度に関して調査を行い、日本との比較を行った。昨年度のブリティッシュ・コロンビア州の法制度がいわゆる欧米文化圏に属するものであるのに対して、韓国は日本と同じ東アジアの社会文化圏に属する国である。その共通点を明らかにすることは、東アジア圏の精神保健福祉のあり方について諸外国に理解を求めると重要であると考えられる。さらに、最も近い外国である韓国との精神保健福祉領域の交流は、今後ますます盛んになるべきであり、両者の相違を明らかにすることも、両国の相互理解にとって意義あることと考える。

## B. 研究方法

### I. 精神保健福祉法(1999 改正)の英訳版作成

平成 12 年度は、法律文の英語への翻訳に関して、法律・技術・一般翻訳に関して長年の実績がある Legal and Technical Communications (代表取締役・大井幸子氏) に委託した。

昨年度は、翻訳文を研究協力者間で検討し、翻訳者との討論を経て若干の修正を行った。

平成 13 年度は、この翻訳文を簡易製本し、逐条比較のために日本語の精神保健福祉法条文についても簡易製本して、識者や関連団体等に配布した。別添資料 1 のような依頼文を同封し、意見や訂正を要する箇所についての指摘を求めた。

主な配布先は、日本精神神経学会、日本病院・地域精神医学会、日本社会精神医学会、多文化間精神医学会、日本児童青年精神医学会、日本総合病院精神医学会、日本精神科リハビリテーション学会、日本臨床心理学会、日本集団精神療法学会、日本医事法学会、全家連相談室、全家連保健福祉研究所、東京精神医療人権センター、大阪精神医療人権センター、DPI 障害者インターナショナル日本会議、法と精神科臨床研究会、日本精神科看護技術協会、日本作業療法士協会、日本精神医学ソーシャルワーカー協会、全国自治体病院協議会、国立精神療養所院長協議会、全国精神保健福祉センター長会、全国精神保健福祉相談員会、日本医療社会事業協会、全日本自治団体労働組合衛生医療評議会、全国精神障害者社会復帰施設協会、地域精神保健福祉協会、全国精神障害者地域生活支援協議会などの団体の他、本研究の主任研究者鈴木二郎国際医療大学教授の他の分担研究者をはじめとする精神医療福祉や法律分野などの個人約 40 名とした。

また、併せて分担研究者の勤務する東京都精神医学総合研究所の精神保健医療システム研究部門のホームページに全文を掲載し、外部からの意見を求めた。

得られた意見については、逐一検討し、理由を付けた上で研究班としての最善と思われる表現を選択することとした。

### II. 韓国の精神医療と精神保健法制度についての調査

韓国の精神医療と精神保健法制度について国内外の文献の検索を行った。

また、分担研究者は、平成 13 年 10 月 27 日から 30 日まで韓国を訪問し、韓国の精神病院や地域精神保健センター等を訪問するとともに、韓国保健社会研究院保健福祉部徐東佑氏から説明を受け、同氏らの編による全国の精神保健施設及び精神障害者の実態調査に関する報告書などの資料提供を受けた。提供された資料は、ハングル文字で書かれていたため、上智大学法学部趙晟容氏に翻訳を依頼した。また、趙氏からは韓国の精神保健法 (Mental Health Act) 及び社会保障法 (Social Security Act) の英訳版の提供を受け、逐条検討を行った。

## C. 結果

### I. 精神保健福祉法(1999 改正)の英訳版作成

これについては、平成 14 年 3 月末現在で、3 団体、4 個人からの意見が寄せられた。

意見は、検討に値するものが多く、意見募集期間が短かったために今後もなお新たな意見が期待される状況であるので、全体を集約した上で結果を報告することにした。

### II. 韓国の精神医療と精神保健法制度についての調査

## 1. 韓国の精神保健に関する文献

韓国に関して以下のような文献を収集した。

- 1) 湖海正尋(2001) 各国の精神保健医療
- 2) 中国・韓国・台湾 2.韓国, 世界の精神保健医療(新福尚隆、浅井邦彦編) pp130-133, へるす出版, 東京.
- 3) 崔宗一(1988) 韓国の保安処分: 社会保護法、社会安全法をめぐって. 警察研究通巻 714 号, 26-33.
- 4) 李奎恒(1998) 韓国における精神医療サービスの現況と問題点. 九州神経精神医学 44(2), 208-216.
- 5) 吳聖廣(1993) 韓国 精神病院の現状. 日精協雑誌 12(4), 40-44.
- 6) 閔聖吉(1999) 韓国の精神医療・保健サービス. 文化とこころ 3, 194-202.
- 7) Sun-Hae Lee(1999) Mental health services in Korea. Pacific Science Review 1, 167-173.

また、最近日本精神保健福祉士協会より「韓国精神保健法概説」が刊行された。

以下の報告は、これらの文献、韓国訪問、韓国保健社会研究院保健福祉部報告書(2000)、趙晟容氏からの情報提供などに基づくものである。

## 2. 韓国の精神保健福祉の現状

### 1) 韓国の概要

朝鮮半島は、1951年に勃発した朝鮮戦争(韓国戦争)の結果、北緯38度線をはさんで韓国と朝鮮民主主義人民共和国に二分された状態が続いている。韓国の総人口は約4,500万人である。人口の約4分の1は首都ソウルとその近郊に在住しており、地域格差が大きい。人口構成は、65歳以上の高齢人口が6.09%(1997)と日本よりかなり低い。増加傾向にある。1995年の総一般世帯数は1,296万1,000所帯で、家族

構造は、従来多かった大家族が減少し、核家族が全体の79.9%を占めるに至っている。これに伴い、家族機能も変化し、夫婦の役割分担が明確になってきた。

1997年の総国民生産(GNP)は4,374億ドルで、国民一人あたりのGNPは世界34位と推定された。1997年末に韓国経済をおそった国際通貨危機の影響が現在も尾を引いている。

### 2) 韓国の精神保健福祉の歴史

韓国に西洋の精神医学が導入されたのは、1910年代であったという。日本の植民地支配を経て、朝鮮戦争終了後の韓国の精神医学の水準は低く、精神保健サービスも貧困であったという。その後主としてアメリカに留学した精神科医などが大学に精神科教室を開設し、1980年代からは生物学的な研究も興隆してきた。

しかし、精神医療に関しては、民間療法に頼るものも少なくなく、1992年のMamらの報告では、患者が受ける最初の治療は精神病院が約40%、精神療養所30%、漢方薬及び健康食品21%の順番であったという。具体的には、

- a) 現代医療のみを利用する場合
- b) 代替民間療法と現代医療を一緒に利用、または交代で利用
- c) 精神療養所だけに收容される場合
- d) 現代医療の後、療養所に收容される場合
- e) 現代医療、民間療法の後、療養所への收容を交えたり、または交代で利用などとなっていた。

1983年、あるTV番組が、無許可祈祷院での精神障害者などに対する人権侵害の実態を報道した。これをきっかけとして、精神病院の増設、無許可祈祷院の精神療養施設への転換化の政策がとられ、精神病床が増加するようになった。1980年代以後



の WHO による精神医療に対する批判、ソウルオリンピック後の経済的成長などに伴い、政府内に精神保健法の機運が高まり、1995 年 12 月に同法が精神保健領域の特別法としては韓国で初めて制定され、1997 年 2 月 24 日より施行された。同法の制定により、政府の「精神保健課」の設置、精神保健サービスの提供のためのインフラの構築など、精神保健事業が着々進行した。また、1999 年度の「障害者福祉法」の改正によって、精神障害も同法の障害に含まれることになった。また、精神保健法は 2000 年 1 月一部改正された。

こうした改革にも関わらず、急激な都市化や近代化などによりもたらされる社会経済的変化によって、精神障害のために治療を必要とする者の増加が懸念される一方、伝統的な地域社会と大家族制度の崩壊が加速され、家庭や地域における精神障害者の保護機能は縮小しつつある。国家の主導による地域コミュニティに密着する開放医療の推進など、先進精神医療へ向けた政策は、通過危機による経済難などにより影響を受けている。その結果、不十分な精神医療サービス、地域社会の精神障害者に対する偏見、依然として精神病床の増加、長期入院、非精神保健施設での長期収容問題の存続、頻繁な人権侵害問題など、の懸案が残り、韓国の精神保健システムは現在も変革の過程にあるといえる。

### 3) 韓国の精神医療の現況 (統計)

以下、表 1 ないし 12 は、韓国保健社会研究院保健福祉部報告書に掲載されていた統計資料を適宜訳出したものである。

#### (a) 精神保健施設の種類

精神保健法上、精神保健施設には、精神科医療機関、精神障害者社会復帰施設及び精神療養施設の三者が該当する (同法 3 条

2 号)。精神科医療機関の中には、国立、公立、市立の各精神病院、総合病院等の精神科及び精神科クリニックが含まれる (同法 3 条 3 号)。

精神療養施設は、精神障害者に対する治療と訓練のための施設 (同法 3 条 3 号) と定義されるが、実態は一種の非医学的収容施設である。かつては、個人や宗教団体が主に寄付金により運営する慈善事業で、施設は劣悪なものが多く、従事者たちの賃金水準も低いとされた。1 施設に 300 人ないし 500 人が収容されているにもかかわらず、職員数は 20 人ないし 30 人で、精神科医は嘱託で、1 人が配属されているのみというところが少なくなかった。精神保健法制定時、この施設を精神療養病院に昇格させることが検討されたが、予算の関係などで削除されたという。

精神療養施設の入院にも、任意入院と保護義務者による入院がある (同法 10 条 4 項)。精神障害者社会復帰施設 (統計では社会復帰施設と表記されている) に該当するのは、精神障害者生活訓練施設、精神障害者生作業練施設、両者をあわせた精神障害者総合訓練施設、グループホームである (同法 16 条、施行規則 12 条)。これらの社会復帰施設は、精神保健センター、保健所とともに地域社会精神保健事業の中心となっているが、そのほとんどが精神障害者総合訓練施設である。社会復帰施設の 1999 年度の予算は 20 億 588 万ウォンで、そのなかで 12 億 2276 万ウォンが政府からの支援金であった。社会復帰施設の利用のためには精神科専門医の意見書が、そこに入所するためにはその意見書と保健所長の推薦書が要る (施行規則 10 条 3 項)。そして、必ずしも常勤の精神科医を必要とせず、非常勤の精神科医がいればそれで足りることになっている。

#### (b) 精神保健施設の数

精神保健施設の数には表1のようである。呉(1993)が示した1991年のデータと比較すると、国立精神病院4→6、公立精神病院4→11、私立精神病院20→66、総合病院精神科114→149、精神科クリニック270→483、精神療養施設80(公立含む)→55、などとなっている。医療機関の数が増え、精神療養施設の数が増える傾向にある。

認可病床数について表2に示した。国立精神病院2,350→3,899、公立精神病院1,000→3,671、私立精神病院5,850→20,667、総合病院精神科4,951→6,170、精神科クリニック1,132→2,245、精神療養施設(公立含む)18,728→14,135、と医療機関の病床数が増え、精神療養施設の病床数が減っている。表3に、1984年から2000年6月3日現在までの精神保健施設の病床数の推移を示した。医療機関の総病床数は、6,107床から43,885床に増え、精神療養施設は、8,349床から1996年に18,182床と最高に達したあと漸減し、2000年に14,135床となっていた。

表4に精神医療機関の病床数のうち、開放病床数とその比率を示した。全体として開放率は2割程度までであるが、漸増の傾向が認められる。

#### (c) 精神保健施設の入院患者の属性

精神保健施設の入院患者の性別を表5に示した。総数で男性32,166(63.1%)、女性18,824(36.9%)となっており、男性の方が女性より約2倍多い。この傾向は、精神保健施設別に見てもほぼ同様であった。唯一、社会復帰施設では、まだ数こそ少ないが、男女比が同数に近かった。入院患者の年齢別分布を表6に示した。もっとも多い年齢帯は、40ないし49歳で全体の29.9%を占め、ついでほとんど差がなく30ないし39歳が続いていた。65歳以上の入院患者は

6.1%と日本に比較して少なかった。

精神保健施設の入院患者の診断病名について表7に示した。総数で、精神分裂病患者が32,740(64.2%)を占めた。これは、日本とそれほど変わらない比率であると言える。精神保健施設の種類による特別の差は認められなかった。

ちなみに、かつてのLeeらの調査(1985, 1989)において、もっとも高い有病率を示した精神疾患はアルコール乱用及び依存症で(22ないし27%)、精神分裂病は0.1ないし0.4%であるという。

#### (d) 精神保健施設の入院類型と数

韓国には、精神保健法に規定される入院形態として、任意入院(法第23条)と保護者による医療保護入院(法第24条)、市町村長の同意による医療保護入院(法第25条)、救急入院(法第26条)がある。第23条入院は、本人の入院同意によって成立する入院形態であるが、退院制限についての記載はないことから、日本語では任意入院というより、自発入院というべきかもしれない。第24条入院は、精神科医が医療機関において治療が必要な状態であると診断するか、精神障害者に自傷他害のおそれがあると認められる場合で、保護者の書面による同意が得られた場合に成立する。期間は6ヶ月であるが、延長は可能である。

表8に精神保健施設の入院類型と数などを示した。この表によると、任意入院が3,393(5.8%)、家族同意の医療保護入院が36,945(62.6%)、市町村長同意の医療保護入院が18,694(31.7%)となっていた。

#### (e) 精神保健施設の入院期間

表9に精神保健施設ごとの入院期間を表示した。国立精神病院、公立精神病院、私立精神病院、総合病院精神科、いずれも入院期間3年以下が90%以上を占めた。こ

れに対し、精神療養施設では 10 年以上の入院が 33.4%を占めるなど、他の施設よりも著しく長期間入院する傾向が認められた。

#### (f) 精神保健施設ごとの医療保障の比率

韓国では、医療は国民健康保険の給付によりまかなわれている。また、生活能力がないか、あるいは低い者に対し、医療保護を行うことを目的として医療保護法が制定されている。その保護対象者には、1種保護対象者と2種保護対象者がある。前者が受ける医療保護1種の場合、医療費は無料となる。後者が受ける医療保護2種の場合、医療費の20%のみを払う。表10に、精神保健施設ごとの医療保障の比率を示した。施設により、使われる医療保障の頻度に差が認められる。例えば、国民健康保険の利用者が比較的多いのは、

国立精神病院(48.2%)、総合病院精神科(45.1%)、精神科クリニック(65.3%)、社会復帰施設(41.1%)などである。これに対して、公立精神病院、私立精神病院、精神療養施設では

3割に満たなかった。一方、これらの医療機関では医療保護1種の比率が高くなっていった。

国民基礎生活保護法の生活保護者にあたる精神障害者が、医療保護を受け、医療機関に入院すると、医療費だけでなくその他の生活費もかからないが、通院治療を受けると、医療費以外の生活費などは家族が負担することになる。このため、生活困窮家庭においては、

保護者が精神障害者を長期入院させる傾向が生じ、逆に国民健康保険による入院は、その保険料を納入しなければならないため、医療保護制度に比べ、多少長期入院を牽制する役割をしているとされる。

#### (g) デイホスピタルの運営数

表11にデイホスピタルを運営する精神医療機関、その病床数及び患者数を示した。いまだ設置数は全体で82箇所であり、精神医療機関749の約11%にすぎない。また、その利用率もあまり高くないようである。

#### (h) 精神保健施設等に常勤する精神科医、精神保健専門要員

表12に精神保健施設等に常勤する精神科医、精神保健専門要員数を施設ごとに示した。

この表をみると、韓国では精神科専門医など精神科関係の専門職の数が人口の違いを念頭に置いても少ないことがうかがわれる。例えば、看護婦についてみると、私立の1精神病院あたり病床数は平均約339であるが、精神科専門看護婦3人、看護婦15.3人、補助看護婦8.9人となる。他の無資格者などが業務を補助しているのではないかと考えられる。また、精神療養施設や社会復帰施設、あるいは精神保健センターにはほとんど常勤精神科専門医が配置されないことが判る。

### 4) 韓国の精神保健法制度

#### (a) 「社会保護法」に基づく触法精神障害者の治療処分

韓国では、1980年に「社会保護法」が制定され、いわゆる触法精神障害者に対する治療処分制度が制度化されている。「社会保護法」では、保安処分として一般の常習刑事犯に対する予防拘禁処分と、触法精神障害者への治療処分と薬物等中毒犯罪者に対する禁絶処分がある(後2者は「治療監護」と呼ばれる)。以下、趙晟容氏(2001)の報告を要約して示す。

2001年度の「犯罪分析」によると、2000年度の1年間の触法精神障害者の送検数は

3,597 件、うち正式裁判の請求は 1,010 件 (28%) に留まっていた。また、「司法年鑑」によると、2000 年度には、271 件の治療監護処分請求が行われた。治療監護処分請求には、いくつかの事由のために不起訴処分をする場合に、裁量で治療処分のみを請求する「治療処分の独立請求」(法 15 条)と、被疑者が限定責任能力者であり、独立請求事由がないが、本人の治療と犯罪の予防のために刑罰よりは精神治療が必要と判断される場合に行われる「基礎と治療処分請求の併合請求」(法 14 条)がある。2000 年の独立請求は 71 件、併合請求は 200 件であった。

治療処分を言い渡された触法精神障害者は公州治療監護所に収容される(法 9 条)。韓国における治療処分施設はこの一箇所だけである。この監護所は 1987 年に開所したもので、収容定員を 1,000 人としている。職員は、精神科専門医 14 人、精神科研究医 1 人、内科医師 2 人、看護師 184 人などである。2001 年 8 月 31 日現在、収容者は女性 105 人を含めて、782 人である。そのうち、鑑定留置者などを除いた 687 人が治療処分者であるという。

治療監護者の犯罪別の収容数は、殺人 287 人 (37.2%)、障害致死 55 人 (7.4%)、障害 158 人 (21.2%)、強姦 39 人 (5.2%)、強盗 23 人 (3.1%)、放火 41 人 (5.5%)、窃盗 65 人 (8.7%)、薬物犯罪 60 人 (8.7%) などとなっている。病名別の収容数は、精神分裂病 433 人 (58%)、気分障害 66 人 (8.8%)、知的障害 36 人 (4.8%)、人格障害 19 人 (2.5%)、アルコール中毒 40 人 (5.4%)、薬物中毒 65 人 (8.7%) などである。ちなみに人格障害については、収容後の主な症状を示すため、人格障害が治療処分判決の理由とされているわけではないという。

収容期間については、1 年未満 249 人 (33.3%)、1 年以上 2 年未満 164 人 (22%)、

2 年以上 3 年未満 96 人 (12.9%)、3 年以上 4 年未満 46 人 (6.2%)、5 年以上 6 年未満 78 人 (10.4%)、10 年以上 47 人 (6.3%) となっている。

退所後は、地域の医療機関に継続して治療をすることが勧められる、必ずしもうまく連携がとれているわけではないようである。

#### (b) 精神保健法

精神保健法は先述したように 1997 年 2 月 24 日から施行され、2000 年に改正されている。ここでは、改正された法文を検討する。

法律の構成は、

第 1 章 総則

第 2 章 精神保健施設

第 3 章 保護及び治療

第 4 章 退院の請求・審査等

第 5 章 権益の保護及び支援等

第 6 章 罰則

附則

となっている。

この法律の重要骨子を韓国精神保健概説より引用する。

- 1) 国家・地方自治体は精神疾患の予防と精神疾患者の医療あるいは社会復帰促進のための研究・調査と指導・相談等必要な処置をとるようにする(法第 4 条)。類似の保護規定は法第 41 条にも見られる。
- 2) 国家または市・道知事は、精神病院を設置・運営するようにし、市・道知事に地域内の精神病院または病院級以上の医療機関に設置されている指定を活用することとし、保健所とともに地域社会の精神保健事業を支援する等、地域内の精神疾患者に対して管理を可能とすること(法第 8 条または第 12 条)。
- 3) 精神保健施設を精神医療機関と社会復帰施設に区分し、施設・装備または人力基