

## 韓国の精神保健福祉：歴史から展望へ

Korean mental health service: The history, current and future perspectives

呉 恩 恵  
Oh Eun-Hye

### 要旨

韓国の精神保健福祉に関して日本では部分的に知られているが、現在に至るまでの流れや背景など全体的な紹介はされていない。本論文は、韓国の歴史、社会的背景から精神保健医療福祉の発達史や特徴をまとめたものである。

国史編集委員会の韓国史データベースから現代の精神疾患を表す「癲狂」をキーワードにして検索した結果、治療や刑事の対応に関する記録は見つかっても、公的機関や支援、取り組みについては特に記録が見つからなかった。

韓国の開花時期から日本の植民地時代、南北戦争（朝鮮戦争）を経て国外からの精神科医療やケア、医療職以外も入るようになった。しかし、戦後も経済成長が優先視され、精神障害者の人権は阻害されていた。このような状況の下でも、自主的参加型であるNGO団体精神保健研究会が設立され多様な分野の人が集まるようになった。1995年に初めて「精神保健法」が制定され、2016年の全面改正が2017年5月から施行されるようになった。世界の基準から見るとまだ課題はあるが、理念から世界の基準に近づけるよう変化が起こっている。

韓国史の文献から得られた精神疾患患者への処遇や社会の変化から今後の韓国の精神保健福祉政策に関する展望を論じる。

キーワード：韓国の精神保健全面改正法 精神保健福祉法 精神健康福祉法 精神障害者の歴史

## I. はじめに

世界の精神保健福祉制度は、治安モデルから医療モデルに、そして今日では福祉モデルおよび地域ケアモデルにパラダイム転換している。韓国で1995年に制定された最初の精神保健法は、精神科病院及び療養施設での長期入院・収容を主とした精神患者<sup>1</sup>の管理から転換し、精神患者を地域社会の中で地域住民と共に社会に統合していきながら、治療及びリハビリテーションサービスを提供することを精神保健政策の中心軸とした。それではなぜ、韓国の精神科病床数は国際的に見ても最も早い速度で増加し、長期入院及び患者の在院期間は目立った減少を生み出していないだろうか。また、他の先進国と比べて韓国の非自発入院の割合は75%と極めて高いのはなぜだろうか？

その理由の一つとして、精神保健の基盤となる法体制になお改正が必要な問題点が内包されていると考えられる。法律は、その社会の抱えている問題や関心から生まれ、社会の成長・成熟過程とともに変化される。精神保健福祉の関連法も歴史の中で制定され、変化された。本研究は、韓国の精神保健制度がなかった時代から現在までの流れを歴史的に鳥瞰した上で、現法体系下での人権意識の変化などを踏まえてその改革の方向を論究したい。

## II. 韓国史と障害者の生活史

韓国の精神保健についてソ・ドンウ (2007) は、精神保健の歴史を社会経済の条件に伴って変化しつつある精神疾患の疾病観とそれによる精神保健サービス体系等を①農耕社会、②産業社会、③情報社会と区分している。その内容は、精神患者が農耕社会では労働力として認めていた時期、産業社会には共同体の崩壊により疎外された時期、そして情報社会により精神患者の実態を社会に明らかにすることができた時期である。しかし、経済産業の流れから区分することにより社会参加は労働力としての価値が基準になるため、精神保健システムの全体的特徴が見えにくい。ベイ・ヨンジュン (2009) は、精神保健法の制定過程による①社会防衛的立場と非人道的収容の時期 (1984年以前)、②入院治療のための病床確保の時期 (1984~1991年)、③心理社会的リハビリテーション治療の開始と地域精神保健のモデル事業の実施 (1991~1995年) に区分しており、より近現代的な歴史から概観している。事実、韓国の精神保健に関する制度や施策は他の先進国より歴史が浅いためであると考えられる。韓国の伝統東洋医学と西洋精神医学の疾患及び症状概念を比較した研究は1973年から始まった<sup>2</sup>。多くの関係者は、昔は精神患者や家族のための社会的基盤が存在せず、民間療法やシャーマニズムのようなオルタナティブ治療が行われていたと紹介している。

本章では、現代の精神疾患の症状を表す「癲狂 (チョングァン)」をキーワードに国史編纂委員会の韓国史データベースから検索した。そして関連する文献からの内容を捕捉し、韓国の歴史とともに暮らしていた精神障害者の生活史を整理したい。

<韓国史>

先史時代	文字が存在しない時期
古朝鮮時代	～起元前2世紀
原三国時代	起元前2世紀～紀元後4世紀
三国時代	起元前1世紀～紀元後7世紀（高句麗、白濟、新羅）
南北国、後三国時代	698年～918年
高麗時代	918年～1392年
朝鮮時代 (大韓帝国時代も含む)	1392年～1897年（～1910年）。 朝鮮王朝、李氏朝鮮とも称する。
日帝支配時代	1910年～1945年
現在	・大韓民国臨時政府：1919年～1948年 ・軍政期：1945年～1948年 ・大韓民国、朝鮮民衆主義人民共和国：1948年～現在

1. 王国時代

1) 精神疾患について

この時代には障害者を称する用語として「残疾者；体に病が残っている者」「篤疾者；危篤な病がある者」「廢疾者；治しにくい病にかかった者」と記録している。民間では「病身」と称し、近代には「不具者」と称していた（チョン・チャングオン、2011）。精神疾患を称する用語は「心疾（シムジル）」で、その症状が「狂」に至ると認識していた。朝鮮時代の文献からは、父親の死に悲しむ末、狂疾になった人（民族文化推進会、1973）、過労により狂病の発作が起こったという記録がある（『顯宗実録』）。「狂」の異常な行動について述べながらも他害行為や被害でなく、病者のやさしい心を描いている。

2) 精神疾患に関する治療について

西洋医学が導入される20世紀以前までは、古代中国の影響を受けて漢医学が進んでいた。三国時代の『三国史記』に「精神が不快」と症状を訴えることに対して「薬だけでなく針術もできないので適切な話で治すべき」（188年）と記録している。高麗時代の高宗（在位：1213～1259年）王時代に刊行された『郷藥救急方<sup>3</sup>』では「癲」「狂」症状が記録されている。朝鮮時代の約500年間に渡って、27の王様時代を記録した『朝鮮王朝実録』の原文では、「癲狂」に関する記録を7か所<sup>4</sup>見出した。朝鮮時代の初期の世宗王時代（在位：1418～1450年）には、「癲狂病になった父親のために13歳の娘が人の骨で病気を治すという話を聞き、自分の指を切って削り餅の中に入れて食べさせることで病気を治した」（1436年）という儒教文化に基づく親孝行として記録している。そして、韓国の医学の発展に大きく寄与した『東医宝鑑<sup>5</sup>』（1610年）では、精神疾患に関する用語と症状、治療がより具体的に記述された。正祖王時代（在位：1776～1800年）には、癲狂症状の人へ針灸や漢方薬などの医療行為を行ったという記録がある（1792年）。

3) 精神疾患患者の法的対応について

昔でも精神疾患による犯罪はあった。国は精神疾患患者の責任能力がないということで大罪を除いては寛大に許したこともあった。英祖（在位：1724～1776年）王時代に癲狂で殺害を犯した人に対して英祖王に死刑を求めたが、王は症状を配慮し死刑を下らなかった（1740年）。「備邊司登録<sup>6</sup>」には、「病気になり廢人になって知覚がない人であれば、故意で罪を犯した者とは異なる。特に次律（死刑

に至る前の罰) を執行するのが良い」(1834年) と記録している。一部では、「心疾(シムジル)」で、その症状が「狂」に至る」ことを利用し厳しい刑から身を守ろうとした人についての記述もある。

#### 4) その他の社会的支援について

医学や刑事の対応以外に、精神疾患者を支援する公共機関、取り組みなどについては、見つけられなかった。しかし、障害者に対する福祉政策と見られる記録がある。朝鮮時代後期の『人政<sup>7)</sup>』では、「目が見えない者であれば聞く事に仕え、耳が聞こえない者であれば見る事に仕え、話せない者であれば話さなくて良い事に仕え、知能が足りない者であっても一つの専門分野に仕える」と記録されている。国の施策として障害の特性やその人の特技を活かしてそれぞれが職業を持ち、自立した生活ができるように進めていた。また、三国時代から続いていた「賑恤制度」という救護制度により、高齢や重度の障害など生計を維持することが困難な人に国が生活の面度を見ていた。それ以外にも、一人暮らしの高齢障害者には「侍丁<sup>しじょん</sup>」という介護者を、障害者とその扶養者もしくは介護者には「賦役」という国家への労働力を提供する義務が免除された。また、精神障害者以外にも障害の有無により刑罰も減らされた。加えて、障害者をよくケアする家に褒章する制度を、反対に障害者の虐待・殺害の場合は一般の罪よりも鉄槌を下す制度を実施していた。特に、障害者を理由なく殺害した場合は町全体が侮辱された。『高麗史<sup>8)</sup>』では、「80歳(満78歳)以上の男女と義夫、節婦、孝子、順孫、鰥寡孤独(寡夫、寡婦、孤児、子どもがいない高齢者)、篤廢疾者(障害者)を宮廷で王が自ら供宴し、膳物(贈り物)を施すが、差等を付ける」「各地方を治める者もこのような礼を見習った」など高麗時代の王様らは障害者への善政を敷いた。

精神障害者に関する記録の中では、朝鮮時代の顕宗(在位:1659~1674年)王時代、精神疾患の病気になる臣下の記録がある。病気で迷惑かけることを恐れ、自ら官職辞退を申し出したが、顕宗は過重な業務の負担を減らしてあげることで官職を継続できるようにしたという内容がある。狂疾者の生活様子として『大東野乘<sup>9)</sup>』では、「夜には詩を吟じながら一人で歩いた。ある日は、山の奥まで行ったり、囲いを通ずったり、少しでも間を持たなかった」と記録している。これらの記録は一部の人であるかも知れないが、社会や地域に精神疾患者がいることは特別なことでなかったように見える。病気があってもなくても地域で暮らすことが当たり前である時代だったと推測できる。一方、憲宗(在位:1834~1849年)王時代に、病気で父親を殺害した弟を兄が首絞め殺した事件(1845年)がある。その判定について「大義のため私親を捨てることと同様に…辞意で殺害した責任は大きい、心情は理解できるので許せられる可能性がある」という記録から当時の適度な治療や知識がない中で、本人の苦しい状況と家族の負担も大きかったと考えられる。

## 2. 近代化時代

1897年、高宗(在位:1863~1907)が在位している時、国号を大韓帝国と名称した。鎖国政策から文明開花が始まった時期である。1876年から日本との交流を始め、1882年にはアメリカ、イギリス、ドイツ等との交流が広がり開港するようになった。欧米の各国から韓国に公使館を設置し、キリスト教も普及していた。留学派と米国メソジスト(Methodist)のマクレイが最初に医療事業に取り組んでいる中で高宗に信任を得た米国北長老派(Presbyterianism)のH.N. アレン(Horace Newton Allen, 1858~1932)医療宣教師により1885年4月に朝鮮最初の現代式の国立病院済衆院(広恵院か

ら名称変更)を立ち上げた。1899年に済衆院医学校<sup>10</sup>が設立されたが、当時は精神医学に関する教育はなかった。その後、1910年代から欧米の宣教師医師により同学校で精神医学の教育と精神科治療が行い始まった。ところが、1937年12月10日東亜日報では、「迷信が生んだ犯罪；癲狂病治療のために他人の墓を發掘し、毀屍して食べると治る迷信」記事から推測して見ると精神疾患の治療方法として洋医学の意識はあっても、国民には十分に普及されていなかったのではないかと考えられる。伝統医学である漢方治療と民間療法が割高で行われて、中でも、医療費負担能力がない人は、医療的放置されていた可能性がある。

大韓帝国は、純宗（在位：1907～1910）を最後に日本植民地（1910年8月29日～1945年8月15日）時代になり、京成医学学校で日本の医師らにより精神医学の教育が行われた。1913年、朝鮮総督府医院<sup>11</sup>に最初の精神科病棟を新設し精神疾患を診療するようになったが、第2次世界大戦が終わるまで精神神経科は京成帝国大学でしか設けていなかった。当時、日本国内では、1900年の精神病者監護法から1919年の精神病院法を公布し、国家的関心と管理を明文化した。精神疾患に対する刑事法は、1907年に制定し1921年に改正された日本の刑法に基づいて行われていて日本が韓国を植民地化した時に韓国の保健政策を警察管轄に置いていた。精神疾患者の保護観察という名目で独立運動家を精神疾患者に扱う弾圧の手段となり、本来の目的である精神疾患者に対する治療と保護はほとんど放置されていた。

第2次世界大戦終結後、韓国は独立国になったが、1945年2月に開催されたヤルタ会談の極東秘密協定にて米英中ソの四か国による朝鮮の信託統治が合意された（田中恒夫、2011）。米ソの対立を背景に社会主義勢力と資本主義勢力の衝突が韓国戦争（6・25南北戦争；1950年6月25日～1953年7月27日）を引き起こした。戦争は休戦となり、現在の北朝鮮（朝鮮民主主義人民共和国）と韓国（大韓民国）の分断国家としてそれぞれ歩み始めるようになった。この時期、韓国には欧米の宣教師らが訪ね、悲惨な状況から立ち直るために必要な教育、医療、福祉を普及させた。今も韓国国内ではキリスト教に基づいて設立した大学や病院、福祉施設が宣教師から韓国国民に受け継がれている。そして、各大学でも精神神経科が設けられるようになった。韓国は、政治的困難と無秩序の中で大勢の新人資本家が登場し、精神医学、医療技術が導入された。また、精神疾患者への公的救済も求められた。しかし、大家族制度と伝統的な地域社会構造の中で社会的サービス需要を解決していたことと共に、現在と比べて短い平均寿命により、社会的問題までには至らなかった。新旧信仰が混在されている中、神様に祈り求め精神疾患を治したいと考えた人々が山中の祈祷院に集まるようになった。中には、医療サービスの不足や経済的な理由などにより、適切な治療を受けられなかった人々のオルタナティブ治療としても期待されていたと考えられる。そして、療養院（大型入所施設）の手前の民間施設が作られるようになった。

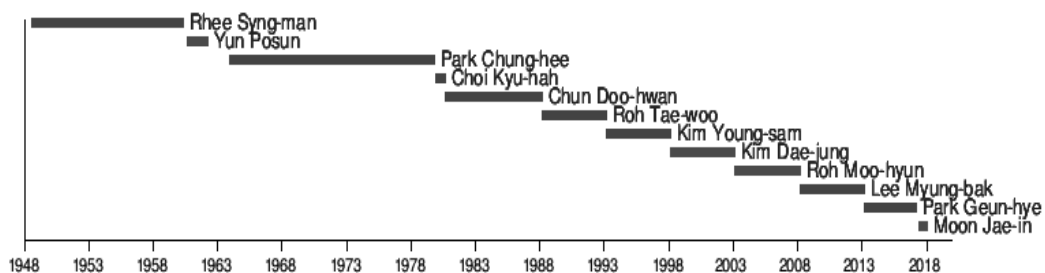
### 3. 大統領政権の時代

第1共和国の李承晩大統領（第1～3代）の時期は、戦争直後の米軍政時代であったため、アメリカ式の社会事業教育および社会福祉概念が導入された時期である。第2共和国の尹潽善大統領（第4代）の時期は、内閣制を実施した時期で1961年に生活保護法や児童福利法等が制定された。第3、4共和国の朴正熙大統領（第5～9代）は、経済啓発計画と社会保障制度を並行して推進した。福祉は

選別主義を展開し、主に公的扶助関連の法律が制定された。1970年に社会福祉事業法等が制定された。第5共和国の全斗煥大統領（第11～12代）からは、社会福祉サービスの行政化が始まり、韓国型の福祉を試みた。そして国家と地方自治体の責任を強化した。1981年に児童福祉法、心身障害者福祉法、老人福祉法等が制定された。第6共和国の盧泰愚大統領（第13代）は、民主化を宣言した。また、地方自治体法を制定し、地方化の時代を迎えた。そして公共福祉と社会福祉伝達体系を確立し、社会福祉専門要員制度の実施と福祉館の建設を本格化した。既存の心身障害者福祉法を障害人<sup>12</sup>福祉法（1989年）<sup>13</sup>に改正し、障害者雇用促進法（1990年）等を制定した。文民政府の金泳三大統領（第14代）は、新自由主義に基づき生産的福祉と普遍主義を指向した。1995年に社会保障基本法と精神保健法が制定できた。

<List of Presidents of the Republic of Korea>

Name	Tenure	A Political Party
李承晩 (Rhee Syng-man)	第1代 ～ 第3代 1948.8.15～1952.8.14 1952.8.15～1956.8.14 1956.8.15～1960.4.26	Conservative
尹潽善 (Yun Bo-seon)	第4代 1960.8.12～1962.3.23	Liberal
朴正熙 (Park Chung-hee)	第5代 ～ 第9代 1963.12.17～1967.6.30 1967.7.1～1971.6.30 1971.7.1～1972.12.26 1972.12.27～1978.12.26 1978.12.27～1979.10.26	Conservative
崔圭夏 (Choi Kyu-hah)	第10代 1979.12.6～1980.8.16	Independent
全斗煥 (Chun Doo-hwan)	第11代 第12代 1980.9.1～1981.2.24 1981.2.25～1988.2.24	Conservative
盧泰愚 (Roh Tae-woo)	第13代 1988.2.25～1993.2.24	Conservative
金泳三 (Kim Young-sam)	第14代 1993.2.25～1998.2.24	Conservative
金大中 (Kim Dae-jung)	第15代 1998.2.25～2003.2.24	Liberal
盧武鉉 (Roh Moo-hyun)	第16代 2003.2.25～2004.3.12 2004.5.14～2008.2.24	Liberal
李明博 (Lee Myung-bak)	第17代 2008.2.25～2013.2.24	Conservative
朴槿惠 (Park Geun-hye)	第18代 2013.2.25～2016.12.9	Conservative
文在寅 (Moon Jae-in)	第19代 2017.5.10～	Liberal



<Timeline (Origin: Wikipedia)>

政治的な背景と社会変化の特徴として1960年代から1980年代は、軍事政権や独裁体制により「民主主義の暗黒期」とも言われた時期で独裁体制と戦った多くの国民が命を奪われた。

朴正熙政権は、経済成長のための「セマウル運動」を展開し、1960年代に農耕社会から軽工業、1970年代は重科学工業の育成政策へ変化していた。韓国は18年の間、経済を11倍と急成長し、世界から「ハンガン（漢江）の軌跡」とも言われるようになった。産業化や経済急成長により、韓国の社会の全分野において広範囲な変化が急激に起きる等、先進諸国で何世紀もかかり経験した社会・経済的变化を圧縮的に経験するようになった。一方、急変する産業化と都会化に国民は生き抜かなければならなかった。伝統的な大家族制度が崩壊しつつ、核家族化が急速に進行した。すなわち、精神疾患に対する家族の役割が縮小に向かうことになった。精神疾患は、家族と社会に一層重い存在になってきた。その結果、今までは伝統的な家族制度と地域社会が吸収できていた精神保健サービスに対する需要が社会に表出しだした。国家は何らの対策もなしに、国民の精神保健の問題を放置していた。

全斗煥政権では、世界の祭と言えるオリンピック誘致と経済発展を実現させた。また、オリンピックに中華人民共和国を参加させたこと、戦後の韓国元首として初めて日本を訪れる（1984年）など断絶していた国と向き合う姿勢を強調しつつ、国際的な活動を展開していた。一方、「社会のゴロツキどもを一掃する」という名目で非常戒厳令拡大措置にともない、犯罪者や失業者、ホームレス、あるいは学生運動家、労働運動家などを逮捕し、過酷な訓練と強制労働を課した。暴行などによる後遺症の死者と精神障害を残すなど計り知れない傷跡を残した。また、私的・公的支持体制の貧しさから適切な治療や基礎的な生活保障がないまま放置された一部の精神疾患者が起こした暴力や犯罪が過剰に報道され、国民に「精神疾患者は危ない存在」という認識を与え、社会的偏見を深刻化させた。これはまた精神疾患者の地域生活の土台を弱体化させる悪循環となった。

精神保健に関する問題は医療サービスや福祉サービスなど体系的なシステムとして吸収できず、精神障害者やその家族の需要はやむを得なく地域社会と隔離された無許可施設で吸収し始めたのである。当時の全ての無許可施設がそうであると言えないが、経済的利益を目的に「科学は非宗教的である。医療を拒否し信仰で治す」と宗教の仮面を被った大型無許可祈祷院<sup>14</sup>が誕生したのである。無許可施設での精神疾患者は、何らの法的支援や監視も受けなかったために人権侵害がされやすかった。また、治療が可能な多くの精神疾患者が治療時期を逸し、結果的に長期的収容をもたらした。地域社会では、一緒に生活していた精神疾患者が見えない場所に長期収容されたことで精神疾患者に対する恐怖と偏見はむしろ増していったと考えられる。

### Ⅲ. 韓国の精神保健法の歴史と内容<sup>15</sup>

欧米の先進諸国では1960年代中頃からコミュニティケアが精神保健サービスシステムの中心軸になった。その後、徐々に脱施設化が進行し、病院または施設の入院患者全体の1/2ないし3/4に当たる多くの精神疾患者が地域社会に居住しながら治療を受けるようになった。ここでは、韓国の精神保健システムはどのように発展してきたのかを整理してみたい。

## 1. 胎動期 (1980年代以前)

韓国戦争後、設立された米軍病院に精神科ソーシャルワーカーのラルフ・モーガンがいた。彼の働きに影響を受けた精神科医師らはソーシャルワーカーの必要性を認識するようになったのである。1945年に大韓神経精神医学会が組織された後、ソーシャルワーカーとしては、<sup>こん</sup>権キジュが青少年問題に関心を持って研究し始めた。1958年にソウル市立児童相談所が開設され、精神医学者、精神科ソーシャルワーカー (ハ・サンラク教授)、心理学者を中心にチームアプローチを行った。1960年代以降からは国立精神病院を始め、大学病院等で専任の精神科ソーシャルワーカーが採用されていた。1977年7月1日から施行された医療保険法で精神科ソーシャルワーカーの活動に対して保険請求が可能になり、精神科専門病院でのソーシャルワーカー採用が急増した。

民間団体は精神保健法の策定に関心を持つようになり、西欧の先進的な精神医学を導入しながら1968年「大韓神経精神医学会」と「大韓医学協会」が共同審議し採択した「精神衛生法案」(1970年)を保健社会部 (現在の保健福祉部) に提案した。しかし、政府は財政的理由で受け入れなかった。国家経済の全体が貧しく、人々が生きていくことだけで精一杯だった時期であり、政府は精神保健に対して何らの対策もとらなかった。

## 2. 社会防衛体制 (1980年代)

1983年、闇の中にあった精神保健医療の実態が世の中に露出されるような出来ことがあった。大きな未許可施設で隔離されていたある精神患者がそこから脱出し、放送局に通告した。人権侵害の内容が国営放送局KBS「追跡60分」(7月26日「緊急点検祈禱院」) という番組で取り上げられ、社会的関心が寄せられた。多くの国民の怒りが高まり、無許可祈禱院に収容された精神患者に対する解決策を用意する過程で、今までの国家精神保健サービス施策の脆弱性と後進性が短時間内に露出する結果を生むようになった。

1984年、保健福祉部は「精神疾患総合対策」を樹立し、同年度に精神疾患疫学調査を実施した。これ以上、精神患者を最低限の人権保障もない状態に放置することはできないという趣旨から、非医療的収容モデルから医療的収容モデルへの政策に転換した。言い換えれば、最小限の人権や治療が保障される精神療養病院や精神患者療養施設<sup>16</sup>制度を拡大し推進することになった。これによって政府は、無許可祈禱院での精神患者に対する非人権的処遇を改善し、最小限の医療サービスを提供しようとして莫大な予算を投資し始めた。精神病床拡大政策は、生活保護制度および施設保護制度 (精神療養施設および浮浪人施設などの社会保護制度運営) の拡充とかみ合って急速に進行した。しかしその当時、政策の基調はあくまで精神疾患に対する社会防衛的立場からであり、近代的な精神病床及び収容施設拡充政策が中心であった。莫大な予算を投資して精神病院を増設するとともに、無許可祈禱院を精神療養施設として転換しながら精神病床を拡大していった。このような転換により無許可施設に収容された精神患者の処遇が一部改善された面もあったが、精神病床と収容施設の増加により長期入院または長期収容を誘発し、さまざまな弊害が隔離収容政策の中から生み出されてきた。最小限の医療的サービスが提供されたが、相変わらず人権侵害は絶えなかったし、不必要な長期入院と長期収容によって国家予算が非効率的に配分された。また、地域から隔離された病院や収容施設を中心とした精神保健サービスの提供システムは、国民に精神疾患に対する否定的な偏見を強化させた。つま



り、精神疾患者が地域で居住や就業などを行うことが以前にも増して難しくなってしまった。こうした地域で適応しにくくなった精神疾患者は、また長期入院、長期収容を繰り返すという悪循環の輪が形成された。

1985年、再び、国家に提出された保健社会部法案は、精神疾患者のための医療および福祉対策はなく、既存する社会福祉法による精神疾患者収容施設を拡大する内容（精神療養施設の合法化）など、精神疾患者を社会から隔離した治安の目的が強いという人権団体や医療関係者からの反発を受けた。結局、1988年2月24日、第12代（全斗煥政権）国会会期満了と共に精神保健法案は廃棄された。この時期、地域では、民間団体としてソウル市にクラブハウス方式の「テファ・ファウンテン」が開設（1986年）され、初めて病院拠点（Hospital-based）から地域社会拠点（Community-based）リハビリテーションプログラムが始まるようになった。しかし、1990年代以前のこのような先駆的实践は、1990年代のコミュニティケア拡大のための個別的力量蓄積に留まり、国家の精神保健福祉サービスシステムとして構造化されることはなかった。

人権意識が希薄な時期でもあり、法律の土台もなく医療給付制度や施設保護制度の整備のための財政支援政策の中で行われた収容政策は、WHOなどの国際機関から精神保健サービスシステムの後進性に対する指摘を受けるなど、コミュニティケアへの転換を促す勧告が続いた。幸い、経済成長と1988年のオリンピック以後からの先進国との交流が増えていく中で、精神保健専門家や公務員らも諸外国の先進的精神保健サービスシステムに接する機会が多くなり、多くの精神保健専門家から対策を求める働きかけが持続的に行われていた。そして、政府部内でもコミュニティケアについての関心を徐々に喚起されるようになった。

### 3. 精神保健福祉法制定（1990年代）

#### 1) 法制定と背景

第12代政権までの軍治政権は幕を降し、第13代政権からは民主主義国家に政治転換された。そして1990年代は、精神保健の改革期と言える時期である。身体の自由、居住移転の自由は憲法によって保障される国民の権利である。人権は法律によってのみ制限されるが、当時の精神疾患者の任意入院以外の入院（強制入院）に対する法的根拠がなかった。すなわち、本来であれば強制入院は監禁罪として問われるべきであったが黙認されていたのである。1991年10月、デグ（大邱）市「巨成館ナイトクラブ放火事件」<sup>17</sup>とソウル市「ヨイド広場疾駆事件」<sup>18</sup>が二日間をおいて連続で起こり、法務部は精神疾患による犯罪であると裁判した。法務部長官は犯罪予防のための精神保健法の必要性を提起した。その結果、犯罪予防として精神保健法策定に介入し始めた。大韓神経精神医学会は「1988年精神医学会案」（通称、金イヨン法案）を、保健社会部は「1988年保健社会部案」を基に大韓神経精神医学会等の関連団体から意見を受け「1992年保健社会部案」を作成し国会に提出した。しかし、関連団体間の意見調整ができず、すぐ立法はできなかつたのである。「精神保健研究会の創設は、精神健康サービスに対する定義、医療機関の分化、これらを精神保健法として作成するためであった。1992年4月に発足し、精神保健法を検討した。そこで始めて論議されたのが金イヨン案である。それは、精神科医としての立場を強調し、メディカルモデルとしての精神保健法を語った。私（李ヨンムン）を含め、精神保健研究会は精神科医者だけでなく、精神保健看護師、社会福祉士、臨床心理士、当事者などの

治療共同体の概念を用いた。時間が経ち、金イヨン先生と意見の差が開いた」(『Medical today』金イヨン氏とのインタビューの中)。

1994年から保健福祉部<sup>19)</sup>は、「地域精神保健事業体系開発及び精神保健の現況と政策開発(ソウル医大医療管理学校室)」、「精神症患者再分類及び精神医療施設基準開発研究(アジュ医大精神科学教室)」、「精神保健の現況と政策課題(韓国保健社会研究員)」、「学校の精神保健事業(ヨンセ医大精神科学教室)」、「精神療養院収容者の社会復帰及び居住施設運営(アジュ医大精神科学教室)」、「都市在宅患者のための地域精神保健モデル事業(アジュ医大精神科学教室)」、「農村在宅患者のための地域精神保健モデル事業(ソウル医大精神科学教室)」などのパイロット研究を実施しながら、コミュニティケアに対する理論的土台を構築し、このような理念のモデル的な適用を始めた。この過程を経ながら地域を基盤とした精神保健システムに対する必要性和その可能性が確認された。そのような状況の中、国立ソウル精神病院を地域区にしていた国会議員が地区の宿願事業であった病院移転を政府から承認を受け、精神保健法の立法を推進した。そして1995年、民衆党案と保健福祉部案が折衷し「精神保健法」が制定された。この法律は、日本の精神保健法を土台に以前の法案を反映したものである(Suh, 2010)。

精神保健法(1995年12月30日制定、1996年12月31日施行):新規制定
<p>「生活環境の急激な変化により精神症患者が増加することにより精神疾患を予防し、精神症患者の効率的医療および社会復帰のために必要とする事項を定めることで国民の精神健康増進を図る」という理由で、以下の9項目を新たに規定した。</p> <p>①国家・地方自治団体は精神疾患の予防と精神症患者の医療および社会復帰促進のための研究・調査と指道・相談などに必要とする取り組みをする。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レベル以上の医療機関に設置されている精神科を指定・活用し、保健所と共に地域の精神保健事業を支援するなど地域内の精神症患者に対する管理を可能とする。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・装備および人力基準等に関する根拠規定を備える。④精神療養病院・社会復帰施設の設置を目的とする法人を設立する者は大統領令により保健福祉部長官の許可を得る。⑤精神症患者の保護義務者は精神症患者に適切な治療を受けるように努力し、精神科専門医の診療に基づかないで精神症患者を入院や入院延長してはならない。⑥精神症患者の入院を恣意入院(任意入院)、同意入院、評価入院、市道知事による措置入院および応急入院に区分し、各入院条件と手続きを規定する。⑦本人の意思に反する入院に対して不当可否の審査と退院を請求できる手続きを揃え、この審査のために保健福祉部および市道に精神保健審議委員会を置く。⑧精神科専門医の診断なしの入院は禁止し、電気ショック療法等の特殊治療は精神症患者本人または保護義務者の同意を得て行うことに制限し、精神症患者の行動制限の禁止、隔離制限等の精神症患者の権利を保護するための規定を定める。⑨社会福祉事業法の規定で設置された精神症患者療養施設は法の施行後7年以内に精神療養病院または社会復帰施設へ転換する。</p>

法律が制定された1995年からは、ソウル市の地域精神保健事業が実施し、翌年は、京畿道の地域精神保健事業が実施されるようになった。そして2か所の社会復帰施設運営を国が支援した。精神保健法が施行された1997年度は、「中央および地方精神保健審議委員会」と「精神保健課」を新設した。

## 2) 第1次改正

新規の精神保健法は、施行から1年持たず、「長項修心院事件」<sup>ちやんはんすしんうゐん</sup>をきっかけに全面改正になった。<sup>ちゆんちゆんなんどう</sup>忠清南道に属する島に位地する長項修心院は、未認可施設であったが1974年に正式認可を受けた最初の精神療養施設であった。1997年、当時の与党の国会議員は施設から脱出した元入所者からの情報を受け、警察の協力を得て訪問調査を行った。入所者への暴行、強制労働、横領など、人権侵害の深刻性と悲惨な状況が明らかになった。韓国の3代テレビ放送局の中の一つであるSBS「それが知りたい」という時事評論番組で放送され社会的影響を及んだ。そして、調査を行った国会議員の主導により、

精神療養施設を精神療養病院に転換する条項を中心に改正を行った。初期の法よりは、退院の手続きが簡素化されたこと等、精神障害者の人権侵害を社会問題化したことは評価できる。しかし、精神療養施設は精神保健法に規定しておいたことで結果的に長期収容を誘導する政策となり地域移行の側面では画期的な改正ではなかった。

<p><b>1次改正（1997年12月31日全面改正、1998年4月1日施行）：精神療養病院制度廃止</b></p>
<p>①精神療養病院を廃止すると共に精神病床の増加を抑制し、社会福祉事業法による精神疾患療養施設を精神保健法に規定。②地域精神保健事業を支援する精神医療機関の範囲を精神科クリニックまで拡大することで地域精神保健事業にかかる費用を国家と地方自治体が支援できる根拠を整備。③保護者入院の場合、精神科専門医が退院可能であると判断した場合、保護者による退院申請がなくても退院できるようにし、長期入院を抑え精神疾患者の人権保護を強化。④精神保健施設を精神医療機関、精神疾患社会復帰施設、精神療養施設にし、精神療養病院を除外。市道知事が地域精神保健事業を支援するように指定できる精神医療機関の範囲を精神科病院の精神科から精神科クリニックまで拡大。⑤従来は市道知事による入院だけが一時退院できたが保護者による入院も一時退院が可能とする。また、通信・面会など行動の自由に関する内容と制限する場合は最小限とし、その理由を記録する。加えて、⑥退院可能な患者を退院させない精神医療機関の長に対して1年以下の懲役または500万ウォン以下の罰金を賦課する。</p>

1998年からは、保健所でも基本的な精神保健サービスを提供するための基礎的な作業として4か所の「精神保健センター」のモデル事業を始めた後、各保健所に精神保健専門要員<sup>20</sup>を配置した。1999年からは地域精神保健事業支援団<sup>21</sup>が運営された。しかし、当時、韓国の精神科医師の数は、1970年代180名で、1990年までも約400名余だった。精神科治療システムも精神科病院、精神療養院に80%依存していて精神科医は総合病院や大学病院に限られていた<sup>22</sup>点など、地域精神保健事業を展開していくための社会的、精神医学的なインフラが明らかに不足していた。

#### 4. 地域精神保健事業の拡大と人権意識の向上（2000年代）

##### 1) 第2次改正

韓国は、1997年にIMF経済危機（1997年12月～2001年8月）に立ち向かうようになった。企業の倒産、失業、関係性の崩壊、自殺など国全体が財政的危機に見舞われた。国は政府主導の産業から新自由主義を挙げ経済危機を乗り越えようとした。また、政府は全ての法律を再検討した。1999年2月8日に全面改正（施行2000年1月1日）された「障害者福祉法」では、第2条<sup>23</sup>に精神疾患による精神障害を障害者の範疇に含め、2項に、身体的障害（外部身体機能、内部機関の障害）と精神的障害（精神遅滞、精神的疾患により発生する障害）に大きく分けた。この改正により障害者福祉サービスが利用できるようになった。しかし、同法の第13条（他法との関係）で精神保健法の適用を受ける障害者は適用を制限できると定められている。精神保健法も社会経済状況の中で2次改正が行われた。行政規制基本法の規制整備計画に従って現実的に運営実績がない市道知事の精神医療機関指定制度を廃止するなど運営上、一部を改善・補完するようになった。

<p><b>2次改正（2000年1月12日一部改正、2000年7月13日施行）：行政規制整備</b></p>
<p>①市道知事が精神医療機関を指定し、当精神医療機関が地域精神保健事業を支援する制度を廃止。②社会復帰施設を設置した者がその施設の廃止、休止または再開に関する申告義務を違反した場合、今まではその施設を廃止または事業停止と同時に過料を賦課したが過料のみにする。③任意入院の場合、退院中止制度を廃止し当患者の退院に関する自律性を保障し人権侵害を防ぐ。</p>

2次改正で任意入院患者の退院自律性が保障されるようになった。反面、精神医療機関や保護者からは、自傷他害の可能性が高くても退院申請があった場合、中止できなくなることに恐れ、任意入院

を避ける等、非自発入院を増やす逆効果となった。

2000年から、4か所の「アルコール相談センター」がモデル事業として始まり年々拡大しているなかで地域精神保健事業に対する一般国民や公務員の認識が幅広くなった。2002年に保健福祉部は、精神保健発展計画「Health Plan 2010」を発表した。その内容は、①地域精神保健事業拡大、②精神療養施設運営費の現実化および環境改善、③社会復帰施設の拡大設置、④アルコール相談センターの拡大設置、⑤精神疾患予防および広報事業の拡大である。コミュニティサービスに対する予算はとて最少なくサービスの質と量が十分ではなかったが、それでも始まることでコミュニティサービスを提供するインフラが徐々に構築され、繋がっていた。

## 2) 第3次改正

保健福祉部は1995年からソウル市と京畿道に公共事業として始めた地域社会精神保健事業を1999年以降、全国に拡大し始めた。しかし、第2次改正までの精神保健法では精神保健センターに関する具体的な条項や支援体制が充分でなかったため、事業展開に限界があった。そして、地域社会精神保健モデルを拡大するための法改正が行われた。第3次改正の内容では、地域精神保健事業を円滑に推進するため保健所等に精神保健センターを設置し、精神患者の処遇改善のため、精神医療機関が法定基準を違反する場合、行政処分できるような運営上の改善を図った。

<b>3次改正 (2004年1月29日一部改正、2004年7月30日施行)：精神保健施行令及び施行規則の改正</b>
①施設基準等に満たない精神医療機関に対しては許可を取消、廃止または事業の停止を命令できる。②精神医療機関に対して事業停止処分が利用者に不利を与える場合、5千万ウォン以下の課徴金を賦課することができ利用者の便宜を図る。③国家と地方自治体が地域精神保健事業を専門的に行えるように保健所または国・公立精神医療機関に精神保健センターを設置することを義務化する。④保健福祉部長官と市道知事には地域精神保健事業の集中的支援のために中央および地方精神保健事業支援団をそれぞれ設置・運営できるようにする。⑤社会復帰施設等の設置や申告業務、事業の停止など行政処分する権限を市道知事から市郡区長に委任することで運営上の改善を図る。

## 3) 第4次、第5次改正

21世紀に入って最も重要な動きは、2001年11月25日、「国家人権委員会」の始まりである。2004年に、精神障害者人権調査研究から同年11月、精神科施設人権現状公聴会を開催した。また、精神保健施設に対して現地調査を行い、人権侵害があった施設責任者である精神科病院長を告発した。これらの結果を基に保健福祉部に精神保健法の改正を勧告し、2008年に精神保健法が改正された。精神患者の入院条件を強化し、身体的制限等に対する根拠を明確することで精神患者に対する人権侵害の予防、権利を強化しようとした。また、精神保健施設に対する規制と監督を強化しつつ、精神保健施設の従事者向けの人権教育もこの時期から始まった。加えて、国家人権委員会の中に精神障害者専門委員会が設置された。2008年4月11日、「障害者差別禁止法」が制定されたことで精神障害者の人権向上に向けて基盤を整えることになった。

<b>4次改正 (2008年3月21日一部改正、2009年3月22日施行)：精神患者の認識改善および權益増進強化</b>
①精神保健事業計画の樹立施行 (新設)：国家、市道および市郡区単位 <sup>1)</sup> の精神保健事業計画を通して生涯周期別の精神健康増進事業等を推進する。②人権教育 (新設)：精神保健施設の設置・運営者と従事者は人権教育の履修が義務化 (現、年4時間以上) され、保健福祉部長官が専門教育機関を指定できる。③精神療養施設等の設置、開設制限 (新設)：当法によって刑法処罰を受けた場合、5年間精神療養施設や精神医療機関を設置、開設できない。④精神保健施設に対する評価 (新設)：保健福祉部長官は3年単位で施設を評価し、その結果を公表するとともに優秀施設については行政的・財政的支援ができる。⑤退院意思の確認 (新設)：任意入院の患者に精神医療機関長等は1年に1回以上退院意思を確認し、その内容を診療記録に残す。⑥保護入院

による入院手続き等：保護義務者2名の同意を得ることと精神保健審議委員会の審査決定により退院の命令があった場合すなわち退院等をさせるなど保護入院の入退院の手続きについて整備する。⑦個人情報の確認（新設）：精神保健施設長は、入院または入所する精神患者の個人情報を確認し、個人情報の確認ができない場合、市郡区長等の関係機関の長に個人情報照会を要請する。⑧退院等の通知（新設）：精神保健施設長は、本人または保護義務者の同意を得た退院等の事実を精神保健センターおよび保健所に通知する。⑨基礎精神保健審議委員会の設置：既存の市道知事所属の地方精神保健審議会を広域精神保健審議委員会に転換し、精神医療機関や療養施設がある市郡区には市郡区長の所属で基礎精神保健審議委員会を設置することで精神患者の処遇改善、退院可否等に対する審査を行うことでより審査の質の向上と適切な処遇改善等が可能であると期待する。⑩外来治療の命令（新設）：精神医療機関長等は入院前の自傷他害の行為を行った患者に対して市郡区長に1年範囲内での外来治療命令を請求できる。⑪強制労働等の禁止（新設）：精神保健施設の長は入院中の精神患者に対して医療やリハビリの目的でない労働の強迫や暴行、過酷行為ができない。⑫入院患者等に対する作業療法（新設）：入院患者の治療および社会復帰に役に立つと判断する場合、工芸品づくり等の単純作業を行うことができるとの作業療法に関する根拠を設けた。

5次改正（2013年8月13日一部改正、2013年8月13日施行）

精神療養施設の事業停止の上限期間を明示していなかったのを、1か月と示すことで明確性を確保する理由で改正した。

4) 精神保健法のまとめ

韓国の精神保健法は、1995年に初めて制定された。実は、その前から法制定の努力は行われていて1959年に「保護」の目的で立法を推進した。しかし30年間、立法はできなかった。立法できなかった理由は様々であるが、主に、1970年代までは国家経済に余裕がなく精神科病院を増設できない状況が理由であった。1980年代初期は、新しい軍事政権が積極的に精神保健法の立法を推進してした。しかし、政府の精神保健法案に含まれている身体自由制限、長期拘禁の危険性を察知した野党と精神医療団体、社会団体、宗教団体等から大きく反対を受けている中、政権交代と共に霧散された。それから1991年に起きた連続事件をきっかけに法務部長官（大臣）から法制定を提案した。法務部と当時の保健社会部が協議し、政府主導の精神保健案を1992年に立法し、国会に提出した。政府は、約2年間が過ぎた1995年12月に精神保健法を公布した。

制定以来、1回の全面改正（1997年）と4回の一部改正（2000年、2004年、2008年、2013年）を行った（他法改正による改正は除く）。精神保健法は無許可収容施設での精神患者の人権侵害の状況改善、精神患者による犯罪予防にあつたため法律の下で入所施設の数が増加し、隔離施設が拡大した。福祉や医療の部分も若干は含まれてはいたが、主な目的は治安維持であった。現実には、第2条の基本理念とは正逆なる社会からの隔離を生み出すようになった。今までの5次改正では、人権侵害を防ぐことと精神患者の権利を強化するとは言え、その内容は、入院条件の強化や退院条件の緩和に留まっている。幸い、韓国は昔からの家族によるサポートシステムをある程度、維持しながら地域社会精神保健事業拡大を推進していたことで、日本を含めた先進国の経済成長期の頂点の精神科病床数と比較して1/2から1/3程度の水準に留まることができた。

（韓国）精神保健法第2条の基本理念（施行2013年8月13日）

- ①全ての精神患者は人間としての尊厳と価値を保障される。
- ②全ての精神患者は最適の治療と保護を受ける権利を保障される。〈改正2008.3.21〉
- ③全ての精神患者は精神疾患がある理由で不当な差別待遇を受けない。
- ④未成年者の精神患者については特別な治療、保護および必要な教育を受ける権利が保障されるべきである。
- ⑤入院治療が必要な精神患者については常に自発入院が進められるべきである。
- ⑥入院中の精神患者は可能な限り自由な環境が保障されるべきであり他の人と自由に意見交換ができるように保障されるべきである。

長期入院の制限を図るために広域・基礎精神保健審議委員会の下に精神保健審判委員会を置いていたが、国家人権委員会は「精神保健審判委員会では、患者本人と保護義務者の退院審査請求がある場合、退院等の審査を通して退院命令や外来治療命令制度があるにも関わらず、本制度を適用した退院の比率は5%にも至らない」と報告した。

(韓国) 精神保健審判委員会の退院請求審査および退院命令 (患者) 現状

※出典「2008年度人権状況実態調査研究用役報告書」国家人権委員会

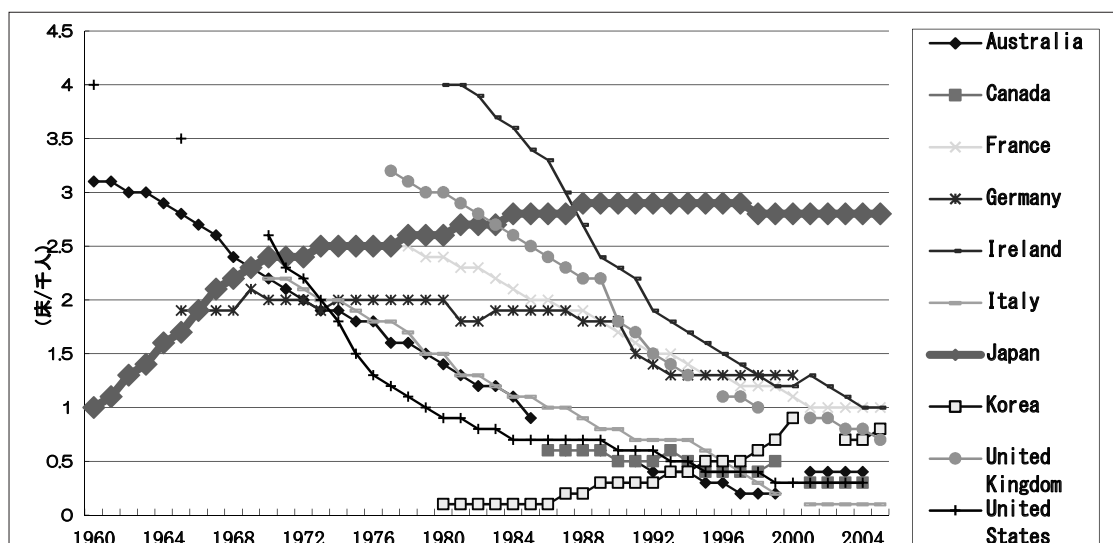
	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年 8月
退院請求件数 (人)	75,780	75,078	78,614	75,945	40,184
退院患者 (人)	1,681	2,133	3,054	3,087	1,946
退院患者比率 (%)	2.2	2.8	3.9	4.1	4.8

原則的に、患者の利益のための治療制度であるが、精神的な疾患がない人でも悪意を持った他人により入院させられて社会から排除される恐れがある。非自発入院の場合、自発入院よりも退院手続きに対して当事者の自己決定権が制限される側面から考えると大きい課題がある。従って、精神疾患者の人権保障のための本質的な再整備とは言えなかった。

5. 現在の「精神健康増進及び精神疾患患者福祉サービス支援に関する法律」(通称、精神健康福祉法)

1) 全面改正までの流れ

精神保健法の制定以前は一部の社会福祉事業法に基づいて行われていた。1995年の精神保健法の制定は、精神疾患者を非医療的治療と規制もない施設から病院へ転換させ、医療を受けられるようにした。家族としても非認可施設より病院の方が安心して預けられる場であった。加えて、医療保障(健康保険及び医療給付)が適用されたことで精神保健法は心理的・経済的負担を減らしてくれた。反面、事件が起こった後の制定で、精神疾患者の強制入院を合法化するための性格が強かった。施行から3年9ヶ月後である2000年9月30日時点、市郡区長による入院患者数は18,694名で、全体の入院患者数(任意入院を含む)59,032名の中、31.7%を占めた(シン・ヨン Chol, 2016)。治療より治安のための法律と言える。保護義務者による医療保護入院制度は、事実上、家族が入院の決定権を握られるの



資料：OECD Health Data 2002 (1999年以前のデータ)  
OECD Health Data 2007 (2000年以降のデータ)

で扶養負担の回避や財産配分の問題、懲罰の手段としても利用されるなど、非自発入院の濫用の余地があった。2000年前後の他の先進国の非自発入院は、イタリア12.1%、フランス12.5%（1999年）、イギリス13.5%（1999年）で20%を超えていなかった。精神科入院者数が多い日本の自発入院が70%と比べて韓国の自発入院は24.1%で、75.9%が非自発入院であった（2012）。

精神保健法の社会福祉に関する内容は、「社会復帰施設の設置・運営」と精神保健専門要員の資格に「精神保健社会福祉士（精神保健福祉士）」を規定している程度であった。廉ヒョングック（2016）は、「社会復帰施設に関する条項を精神保健法に規定することで、精神障害のある精神患者に対する福祉サービス伝達体系は障害人福祉体系から除外され、保健所傘下の医療体系に扱われた。そして精神保健法でも障害人福祉法でも適切な福祉サービスを支援できない福祉の死角に置かれていた」と振り返っている。精神保健法の施行後、国内では急激に精神科医療機関の病床数が増加し、入院・入所の長期的収容化が進行され、地域精神保健事業のために設立された精神保健センターもその役割を果たす力が不十分であった。

入院中心の政策、特に医療保護入院制度（精神保健法第24条）の「家族と精神科医者による強制的入院」に関する正当性についての問いが絶たずに行われている中、保健福祉部は2013年に精神保健法の全面改正を発議した。これに対し、精神障害者の当事者団体を中心に強制入院制度（任意入院以外の入院）と精神保健法の改正を求める運動が本格的に始まるようになった。2013年に精神保健法廃止のための共同対策委員会を結成し、国家人権委員会に提起した。精神障害者地域社会生存権連帯<sup>24</sup>（以下、連帯）は、保健福祉部の立法予告案を批判し、「精神健康増進法でなく精神障害者権利と支援および国民精神健康に関する法（精神健康福祉法案）にするべきだ」、「精神疾患の研究機関よりも社会復帰促進研究員の設置が望ましい」と主張し、「保健福祉部が立法予告した全面改正案は現場と学系の意見が徹底的に無視されて大部分が医療系の理解関係だけを慮った偏頗的な内容で提案されている」と強力的に撤退を要求した<sup>25</sup>。しかし、2013年12月、保健福祉部は立法予告案である「精神健康増進法案」が国務会議で通過したと発表した<sup>26</sup>。当事者団体は翌年の2014年、憲法裁判所に「精神保健法第24条第1項等の違憲申請」<sup>27</sup>（別称、精神患者の保護入院事件）を提出する等、積極的な活動を続けた。2015年1月には、精神障害者福祉支援法制定の共同行動を結成し、同年7月に金チュンジン議員室を通して発意した。国会の保健福祉委員会は2015年の下半期から「精神障害者福祉支援案」および保健福祉部（厚生労働省に当たる）の「精神保健法の全面改正案」（通称、精神健康増進法）に関する公聴会開催し、両案を統合した委員会の代案が作成され、2016年4月に代案が議決された。2016年4月7日に公開された映画「ナル、ボロワヨ」<sup>28</sup>（日本題名「消された女」、2018年日本公開）も拍車をかけたのである。議論の余地も多く残しながら、2016年5月の国会本会議で可決され、2017年5月30日から施行されるようになった。

## 2) 精神健康福祉法が持つ意味

「精神健康増進及び精神患者福祉サービス支援に関する法律」（2016年5月29日全面改正、2017年5月30日施行）：主な内容
○法律の名称 「精神保健法」から「精神健康増進および精神患者福祉サービス支援に関する法律」（通称、精神健康福祉法）と1995年以来、はじめて法律名に福祉が入るようになった。
○法の対象者（精神患者） 「独立的に日常生活を営むのに重大な制約がある者」に限定する。（第3条第1号）

○精神健康増進の場を新設し、一般国民および軽度の精神疾患患者に対する精神健康サービス提供の根拠を定める。(第7条から17条まで)
○福祉サービス開発、雇用および職業リハビリ、生涯教育支援、文化・芸術・余暇・スポーツ活動支援、地域社会居住・治療・リハビリ等の統合支援、家族への情報提供や教育等、精神疾患患者への福祉サービス提供の根拠を定める。(第33条から第38条まで)
○同意入院制度の新設 患者本人および保護義務者の同意で入院を申請しても、精神科専門医の診断結果、患者の治療と保護の必要性が認められる場合、72時間内に退院を拒否できる同意入院制度が新設された。(第42条)
○保護義務者による入院要件と手続き強化 入院治療の必要性と自傷他害の危険性がある場合、2週間の診断入院を経て、精神科専門医2名(内、1名以上は国公立精神医療機関または保健福祉部長官が指定した精神科医療機関に所属する精神科専門医を含む)の所見が一致された場合のみ保護義務者による入院が可能になる。(第43条)
○行政入院制度 市郡区長による行政入院制度の改善のため、保護義務者による入院に含まれていた市郡区長が保護義務者になるのを削除し、行政入院申請要請者に警察官を追加し、行政入院期間を保護義務者による入院期間と同様に調整する。(第44条及び第62条)
○入院適合性審査委員会の設置 各国立精神病院内及び大統領令で定める機関内に入院適合性審査委員会を設置し、保護義務者または市郡区長による入院の場合、入院事実を3日以内に上記の委員会に申告すること。委員会は入院の適合性可否を1ヶ月以内に判断する等、入院段階の権利救済手続きを強化する。(第45条から第49条まで)
○精神健康審議委員会の決定類型を退院、臨時退院、処遇改善措置の他、外来治療命令の条件付退院、3ヶ月以内の再審査、他の精神医療機関等への移送、任意入院または同意入院への転換など多様化する。(第59条)
○入院患者の回転ドア現象、入院の長期化、入退院の繰返の問題をコントロールするために入退院等と関連する管理システムを構築する。(第67条)
○従来の「精神保健法」上の精神疾患者の範囲規定を引用している他法律の場合、各資格制度等の特性及び法的安全性を考慮し、該当の法律規定が改正される前までには従来の「精神保健法」上の精神疾患者の範囲が引き続き適用できるように附則に経過措置規定を定める。(附則第7条)

2016年に制定された精神健康福祉法は、非自発入院制度の利用を厳しくし、地域社会への復帰のための法的根拠を整えたことに大きな意味がある。

総89条で構成されている精神健康福祉法は、法の目的に精神疾患者の「リハビリ」「福祉」「権利保障」を宣言している。基本理念は、旧法にない自己決定権と政策決定に参加する権利、必要な時に助けを受ける権利を示した。実際に、同法の成立過程で、障害者団体や当事者団体等が積極的に意見を述べ、最終立法にはその一部が反映された。精神疾患者の定義については、旧法の「精神病、人格障害、アルコールおよび薬物中毒他非精神病的障害を持つ者」から「妄想、幻覚、思考および気分障害等により独立的な日常生活を営むのに重大な制約がある者」と限定し、その程度に至らない軽度のうつ症患者等は精神疾患者の範囲から除外された。社会生活において差別を受けられないようにするのが狙いである。医療診断でなく症状と障害の概念で定義した。法の中に精神疾患という用語が使われているが、内容としては精神的障害という意味を用い、障害者福祉法での「障害」という概念に近づけた。治療の対象ではなく人格者、つまり法的主体であることを定めている(シン・グオンチョル、2016)。

入院制度は、第41条「任意入院」、第42条「同意入院」、第43条「保護義務者による入院」、第44条「特別自治市長・特別自治都知事・市長・郡長・区長による入院」(通称、行政入院)に定められた。



精神健康福祉法による入院手続き（医療保護入院）	
保護義務者 2 名の同意 + 専門医診断（1 次診断）	
↓	
入院（診断入院）：2 週間以内	
公共立医療機関等の専門医による診断（2 次診断）	
↓	↓
（一致）	（不一致）
↓	↓
2 週間以上の入院（継続入院）	2 週間以内で退院
↓	↓
3 日以内、入院適合性審査委員会に報告	←（委員会は、1 ヶ月以内に通知）
↓	↓
（適合）	（不適合）
↓	↓
入院維持（3 ヶ月）	72時間以内に退院
↓	↓
入院延長要件確認	← 専門医診断（1次、2次）
↓	↓
（一致）	（不一致）
↓	↓
（2 ヶ月以内）市郡区精神健康審査委員会	1 ヶ月以内退院
↓	↓
継続入院決定	退院等の命令
↓	↓
3 ヶ月以上入院（6 ヶ月間）	即時、決定事項移行

\*精神健康福祉法を基に著者作成

同意入院は、本人の意思による入院であるが保護義務者の同意を得て入院でき、最初入院日から2ヶ月ごと退院の意思を確認する制度である。他国にはあるが日本と韓国にはない入院制度を取り入れた。同意入院は、今まで診療費や退院手続き等の負担のため病院側が任意入院を医療保護入院に誘導してきたことを改善し、非自発入院を減らすことを図った制度である。任意入院と同じく本人が退院したい時にいつでも退院可能であるが、精神科医から入院が必要と判断された場合に精神医療機関等の長は最大72時間に限って退院を拒否でき、第43条・第44条による入院に転換できる。日本の制度から言えば応急入院と少し類似している。しかし、第43条・第44条による入院に転換する場合、強化された条件を満たさないといけないので濫用の可能性は低いと考える。第43条による入院条件としては、旧法の「入院に必要な精神疾患がある、または健康、自傷他害の危険がある場合」から現行法では「精神疾患が入院治療または療養が必要な程度および自身の健康または安全や他者に害を及ぼす危険がある場合」と改正した。つまり、従来は入院の必要性和自傷他害のどちらかにより入院させられたが、現行法では両方の条件に該当する場合と限定された。2週間の診断入院により入院の必要性を確認することを新しく設けた。継続入院が必要な場合は、旧法では1名の精神科専門医の所見で可

能だったが現行法では2名以上の精神科専門医（1名は国立病院等の他医療機関に所属している者）の所見が必要になった。また、最初入院期間も6ヶ月から3ヶ月に短縮した。OECD加盟国は入院病床数が減りつつ、在院日数が7～30日とすでに一般医療の水準と同程度にある。初期入院期間が、3か月（既存6か月）にはなったが、先進国の入院日数と比較するとまだ長い期間ではある。

今まで精神疾患（精神保健法）の福祉（障害者福祉法）は、障害者福祉担当部署でも、精神保健担当部署でも担当所管でないとすりつけられ地域生活に必要な福祉サービスを適切に受けられなかった。過去に法改正が行われても入院・入所の長期化が解消できなかった要因の一つであると考えられる。現行法では、国家及び自治体が福祉サービス開発資源のシステムを整え、精神疾患への福祉サービス提供の根拠を定めた。これからは両部署が協力し地域社会で福祉サービスを整え、必要とする支援をする法的根拠ができたのである。

## IV 精神健康福祉法の課題と今後への期待

### 1. 用語の概念

#### 1) 法対象の定義

精神疾患の定義については、その範囲を狭めていることで軽度のうつ病の患者の診療に対する保険処理、薬物依存症やアルコール依存症の精神疾患の施設利用等に制限する等のことが発生するという心配の声もある。法対象としては、精神疾患以外にも国民すべてが含まれている。従来は、サービス対象を精神疾患に限定することで精神障害者の専用資源として施設化になりやすかった。中には、地域と断絶した状態で長年間、運営されていて人権侵害の問題が後で知られることもあった。法の対象を国民に広げることで国民の関心をもっと高まる効果を期待できる。同じく、サービス対象も広げることで早期発見、早期治療とともに精神障害者とふれあう機会を増やしていくことを望む。

#### 2) 非自発入院の条件

非自発入院の条件が強化され、治療の必要性和自傷他害の条件のみに限られたことについて「治療の介入を難しくし早期治療できなくなる」という批判の声もある。ある医学関係者は、WHO（2005年）<sup>29</sup>では「治療の必要性」及び／又は「自傷他害の疑い」に、UN MI Principles<sup>30</sup>原則16（1991年）では「治療の必要性」又は「自傷他害の疑い」ということに加え、先進諸国の入院制度も「and（及び）」より「or（又は）」の方を取り入れている国が多いことを根拠に出しながら反対を表明した。しかし、もはや非自発入院が必要な段階の治療というのは早期治療と言えるだろうか。また、旧法と同じく、「治療の必要性」と「自傷他害の疑い」のどちらかによる入院として認める場合、入院が必要でなくても文字通りの「強制入院」される恐れは消えないだろう。

上記の国際的基準に非自発入院を認めているが、厳しい基準を前提としている。非自発入院は、緊急で必要不可欠に入院以外には他の案がない場合のみに限定しており、非自発入院を避けるために全力を尽くすことを命じている。また先進諸国の強制入院は、司法体系からモニタリングや公的後見人制度、もしくは、精神保健審判委員会の積極的運営を通して強制入院の適切さをモニタリングしている。韓国の改正法において、WHOの精神保健局精神健康政策およびサービス開発課長であるミシェ

ル (Michelle Funk) は、保健福祉部に公文書 (2017.3.2.) を通して「WHOは非自発入院に対するより高い水準の保護のため、改正法第43条第2項の非自発入院の条件を維持することを勧告する」と表明した。2005年のWHOガイドラインは、既に2008年国際連合の障害者権利条約により撤退され効力がないと強調し、「and (及び)」の条件はWHOと国際人権基準に合致するため韓国の改正法の条件を維持することを薦めた。

加えて、16日に「国際連合の障害者権利条約 (CRPD) は、障害を根拠に非自発入院を許容しない、WHOはそれを支持する…韓国の法律がCRPDともっと調和するために長期的には非自発入院を廃止する方向に努力するよう勧告する…このような過程において韓国政府を支援する用意がある。」と追加意見を述べた。医療関係者は入院治療が必要であれば、非自発入院医療は最後の選択肢と置き、患者に丁寧に説明し自発入院へ誘導する工夫が必要である。医療保護入院を誘導してきた過去を反省し、患者と丁寧に向き合う覚悟がない限り、当事者から「精神科医は人権蹂躪<sup>じゅうりん</sup>の主体」という汚名は払拭できない。今回の法改正を巡った議論のおかげで韓国が目指す方向が明らかになった。今後、障害者権利条約の原則に基づき、精神障害者の権利擁護に先駆ける国になることを期待する。

## 2. 入院適合性審査に関する議論

旧法である精神保健法は、本人の意思の尊重を強調するより第24条 (保護義務者による入院)、第25条 (市郡区長による入院) 第26条 (救急入院) の非自発入院に関しても具体的な検討基準も命じてなかった。第24条に関して、保護義務者1名から2名に変更した程度の消極的な改正があっても保護義務者の同意と専門医の診断で非自発入院が許可されることには変わりがなかった。加えて、非自発入院を制限する規定もなかった。その中、憲法裁判所は2016年9月29日に全員一致で精神保健法第24条の非自発入院制度が憲法第12条 (身体の自由) と不合致という決定を宣告し (「継続適用憲法不合致」) 「独立・中立の第3者」による判断を受けられることを提示した。

＜精神保健法第24条第1項等違憲提請＞  
 宣告日時：2016.9.29. 終局結果：憲法不合致

○審判対象条項の違憲性は、保護入院により治療の必要性等に関する独立・中立的な第3者に判断を受ける手続きを置かず、保護義務者2名の同意と精神科専門医1名の判断のみで精神疾患の本人の意思に反する保護入院を可能とし、制度の悪用と濫用の可能性を排除できない点である。このような状況で審判対象条項に対し、単純違憲決定し、その効力を即時に喪失されるならば、保護入院の法律的根拠が消え、保護入院の必要性が認められる場合も保護入院が不可能な法的空白状態が発生する。

○従って、審判対象条項に憲法不合致決定を宣告し、立法者が審判対象条項の違憲性を消去し合法的な内容で法律を改正するまで審判対象条項が継続的に適用される必要がある。

○国会は2016.5.29.法律…に全面改正し、上記の改正法律は2017.5.30.から施行する予定であるが、改正法律の内容や改正法律で審判対象条項の問題点の解消可否についてははかどって判断しない。

(憲法裁判所ホームページの公開資料)

### 1) 第3者による継続入院の適合性審査

改正法では、第3者による入院判断の内容を反映した。非自発入院の濫用を防ぎ、人権保護の重要な意味を持つ。保護義務者2人と精神科医1名により2週間に限って入院させることができるが、継続入院の必要性を判断する「第3者」は異なる精神医療機関等に所属されている2名以上の精神健康医学専門医 (内、1名は国公立医療機関等) の一致所見で定められている。これに対し、医療団体は「精神健康福祉法に判決の趣旨を具現化していない」「再び、精神科医が決定者になる、これは第3者

ではない」と指摘している。<sup>31</sup>「このような安全網は同僚の医師間でなく適切な権威と専門性を持つ準司法機構で担うべき」(2017.4.11.「大韓専攻医協議会声明」より)、「入院の必要性に対する評価は医師が、入院決定は司法機関で行うことが世界的流れである」(2017.4.13.「大韓精神神経医学の春季大会」より)と言う意見があった。独立・中立の第3者というのは、文字通りであれば患者や患者の家族、精神科医ではなくそれ以外の決定機関もしくは者になる。今回の法改正で第3者の役割を司法機関または福祉部(厚労省に当たる)に位置づけていれば、精神医療保健福祉の後発国である韓国は世界の傾向と方向性を一致し、アジア中でも精神障害者の権利擁護を推進する画期的で模範的な法改正になったかも知れない。「第3者」に関しては再改正を求める声もあったが、保健福祉部は施行後、問題が明らかになってから改正すると弁論した。法律改正は韓国の歴史から勘案してみると政権の交代や社会事情等に深く関連しているため再改正の時期については予測が難しいところである。

## 2) 入院適合性審査委員会

第43、44条により入院された患者に精神医療機関等の長は即時、入院理由と入院適合性審査委員会により入院適合性を審査できることを口頭と書面で知らせなければならないと定められている。新設した入院適合性審査委員会は国立精神医療機関に設置し、月1回以上の会議を義務つけている。委員は、10～30名に構成され①医療、②福祉関係者、③法律の関係者、④当事者家族、⑤有識者(関連行政担当者、施設設置運営者、教員、人権専門家等、当事者)からそれぞれ1名以上を含めなければならない。委員長は各国立精神病院等大統領令で定める機関(以下、国立精神病院等)の長である。精神障害者の人権強化を実施する際に社会安全網として重要な組織であることは間違いない。しかし、設置理念に基づいた審査が実現できるかという不安の声もある。

大韓神経精神医学会は、「入院適合性審査委員会は、調査委員による一部の対面調査を除いては書類上の審査になっている…(福祉部は)民間精神科医料の診療空白の恐れがある」(2017.4.10「大韓神経精神医学会声明」より)と述べている。最初の入院適合性審査を担当するのは全国に5か所ある「国立精神病院等と大統領令に定める機関」である。それに審査対象は、1年間約175,000件と推定している。事実、書面のみでの審査になると「変わったのは名称だけ」という批判を避けられない。人材確保ができていないことへの不安もある。政府は法律改正の前に十分に人材を確保して、実現可能性を見せながら協力を求めなければならなかった。しかし、客観性と専門性、人権意識を持つ人材を確保できるまで待つといつ実施できるのかという疑問もある。従来入院治療システムが生んだ課題を解決するためには、始めなければならない。これからは適切な審査過程・評価ができるように審査機関や委員の選定基準、機関の増加などの検討を含め、丁寧に審査できるシステムを講じなければならない。

## 3. 福祉政策

精神健康増進施設は、精神医療機関(私立)、国公立精神病院、精神療養施設、精神リハビリ施設(生活施設、生活訓練施設、その他)、精神健康増進政策の推進ための精神健康福祉センター(旧法、「精神健康増進センター」)、自殺予防センター、中毒管理統合支援センターがある。精神リハビリ施設<sup>32</sup>(旧法、「社会復帰施設」)は①生活施設、②リハビリ訓練施設(通所型、共同生活家庭、地域社会転換施設、職業リハビリ施設、児童・青少年精神健康支援施設(新))③依存者リハビリ施設、④

生産品の販売施設、⑤総合施設と大きく5つの種別である。しかし、精神障害者のための地域施設の数はとても少ない。2017年の精神健康事業案内（保健福祉部、2017）によると、社会復帰施設は333か所、精神健康増進センター225か所（市道型16か所、市郡区型209か所）、精神療養施設は59か所ある。社会復帰施設の中でも居住支援が大半で、就労支援はとても少ない。それに、支援施設はソウル市、京畿道という都心に集中していて地域偏差が大きい。支援施設がない地域では、精神健康増進センターが全て担わなくてはならない。一人の職員が50名以上を担当しているところも多いのでサービスの多様性や質は担保できない状況である。地域整備の必要性は感じながらも、予算と人材不足により、インフラ拡大ができない状況である<sup>33</sup>。金ギョンヒ等（2015）の、3,567名の精神保健専門要員<sup>34</sup>を対象に実態調査を行った結果、医療機関勤務が46.4%、センター勤務が23%、社会復帰施設勤務は9.6%であった。地域の人材不足は地域施設の勤労条件や精神健康福祉センターの委託運営により雇用安定の問題が原因であると考えられる。また、地域人口やその地域の精神健康の課題など地域特徴を考慮せず、一律の予算補助も指摘できる。結果、受け皿と一手不足は、精神健康増進事業において重度精神障害に対するサービスは症状管理事業で限定されて行われている。専門家の間では、法改正で地域移行が進められたとしても地域のインフラが十分に整備されていない中で地域の偏見がもっと深刻になり、結局、病院に戻る選択をしてしまうのではないかと心配の声も挙がっている。

改正法では、精神障害者が地域社会で暮らせるための住居や職業などを含めたりハビリ施設の多様性を明記し、地域の連携、短期間で治療し本人の生活場に復帰できるようなシステムづくりを勧めている。同時に福祉サービスを通して社会統合を図っている。このようなことが実現できるためには、予算を確保し、全国を対象に福祉インフラを整備していく必要がある。加えて地域への基金転換を増やすことも必要である。そして各自自治体は、地域特徴を良く把握すること、法の対象で定めているように精神障害者を含め、地域住民に向けての精神保健福祉サービスの充実を図らなければならない。筆者は現在、韓国で社会サービスとして提供している「バウチャー・システム（Voucher system）<sup>35</sup>」をもっと積極的に取り入れることを提案したい。また、精神障害者の地域社会への統合のためには、何より精神障害者に対する社会の偏見を解消する効果的な普及啓発活動、権利擁護活動を継続的に検討し、最善を尽くさなければならない。

## V. 最後に

王国時代から近代、現代の歴史背景から精神医療保健福祉がどのように誕生し成長して来たのかその歴史的歩みを鳥瞰した。制度政策は、統治時代まで主権者の意思に従って絶対的な存在の利益のために利用されたこともあった。民主化された社会の登場からは、多数のための利益が目的になり、社会的合意により形成された。他の福祉制度は韓国戦争後、早くから制定できたが、精神障害者の関連法は、精神保健法という名称で1995年12月に遅れて制定された。それに多数の利益のために少数である精神障害者が犠牲になる仕組みであった。当時の海外の諸国は、精神保健関連の立法の初期段階では精神患者を収容及び保護する水準であったが、以降、患者の隔離を社会構成員の保護内容に改正し、現在は精神保健全般に関する施行（入院、治療など）、福祉、人権の概念を導入しながら推進している<sup>36</sup>。世界の経過過程から考えると韓国も立法初期段階における病床数増加は歴史の過程である

とも言えるが、世界の流れからは明らかに逆行していた。モデルがあるにもかかわらず、同じ過程を経験したのである。初期の法律制定時にもっと世界の動向に目を向け精神保健福祉における哲学、歴史から考察したならば、精神障害者の苦しみは少しでも和らげたのではないだろうか。それでも精神保健法は精神保健の歴史の出発点として大きい意味を持つ。精神保健法の策定を起点にし、政府の努力と精神保健センターなどを通じた啓発活動が地域で行うようになった。また、都市部から全国に地域精神保健サービスを提供する（現在の精神健康福祉センター等）インフラ構築が拡大されるようになった。韓国精神社会リハビリ協会や精神保健センターなどで行われる家族教育、大韓精神保健家族協会の運営などを通して精神保健サービスの利用者としての意識変化が進められた。加えて、当事者の人権意識の向上、力量ある当事者など精神疾患を打ち明け、社会に対する権利擁護活動を積極的に行われた結果、2016年、精神障害者の社会統合と人権強化の内容を含んだ全面改正（精神健康福祉法）が制定された。法改正の施行後についてまだ報告されていないので断言できないが、今後の長期入院の減少に大きく貢献できると考える。韓国も入院中心主義から地域生活中心へ舵を切った。これからは、そのスピードが大きな課題となる。伴って緊急に解決しなければならないのは、地域にそれに見合う福祉サービス整備をすることである。また、地域医療システムの中では、5分診療も課題である。李ヨンムン<sup>37</sup>は、「それを傍観した我々（精神科医）の責任である」と反省の声を出した。「（精神科医の）地域社会実習を必須しようと主張しているが、まだ一部しか実施していない」と意見を述べ、医療共同体のために、医師は権威的な立場から降り、多職種連携とともに「患友」とともに論議することを主張した（李ヨンムンとのインタビューより）。当事者団体が社会と戦っていたように、患者のために戦ってくれる医療福祉関係者が必要である。

現在、韓国はOECD国家の中で自殺率のトップである。国民も精神の健康に関する意識が高まってきた。実際に健康保険統計年報から見ると、2011年から2015年の5年間の入院した者は大きい変化はなかったが、外来を利用した者は10%増加した。韓国政府は「幸せな生活、健康な社会のための精神健康総合対策（略、精神健康総合対策）」（2016.2.25）を発表した。主な政策目標は、国民の精神健康増進、重度精神障害者の地域社会統合、依存症対策、自殺対策と4つの柱で推進している。精神健康福祉法も全国民を対象に精神健康増進事業を進めている。精神健康総合対策（2016）では、精神医療機関の平均入院期間が、約197日で長期入院傾向を見せていると報告した。また、依存症、精神疾患による患者は主に精神医療機関等に入院・入所していて経済活動の参加は低いため適切な介入が必要であると報告している<sup>38</sup>。「精神健康の増進および福祉を含む健康増進は、健康分野のプロゼクトより政治的・社会的のプロゼクトである（Mittelmark, 2003）。」ように精神健康福祉だけの改正ではシステムを変えられない。その意味で各部署間の連携や地域との連携、地域の中での連携はとても重要な要素である。チョン・ジュンヒ（2016）は、「精神健康増進は疾病がない状態を超えた、それ以上の概念である。失業率を下げ、学校教育を拡大し、偏見や差別をなくしていくために働くことである」と述べている。

精神保健政策は精神障害者の人権に大きい影響を与える。また、精神障害者の人権向上は全国民の人権意識や精神健康水準を引き上げることに繋がる。非自発入院に関する憲法裁判所の違憲決定と国連の障害者権利条約（CRPD）に基づき、非自発入院抑制のための長期的努力とともに精神疾患者の「人間らしい暮らし」を保障する政策として展開し続けなければならない。政府は、現在の施行法で

ある精神健康福祉法の経過を分析・評価し、今後、法改正が必要と認められた時は力量ある精神障害当事者や団体、保健、医療、福祉、法律などの専門家が参加し、十分に議論した上に策定するべきである。これからも、精神健康福祉政策が人権擁護をより先進化して行くためには過去を振り返って現状を理解し、未来の方向性を提示できる研究が必要である。

## 注

- <sup>1</sup> 精神疾患：韓国の精神保健法には、精神疾患が用いられていることから、このように表記した。
- <sup>2</sup> イ・ブヨン：「東医宝鑑に表れた精神病観」、最新医学16：106-112、1973。
- <sup>3</sup> 郷薬救急方：高麗（高宗）年間に大藏都監で発行された韓国最古の医である。郷薬は、中国からの輸入薬ではなく国内で得られる薬を称し、国民が活用できるように分かりやすい表記で説明している。（世界大百科事典より）
- <sup>4</sup> 世宗（1397～1450）1か所、英祖（1694～1776）1か所、正祖（1752～1800）2か所、純祖（1790～1834）1か所、憲宗（1827～1849）1か所、高宗（1852～1919）1か所。
- <sup>5</sup> 東医宝鑑：1596年から作成して1610年完成した医学書。
- <sup>6</sup> 備邊司登録：朝鮮王朝時代の約300年間存続した軍事行政機関の会議記録。
- <sup>7</sup> 人政：チェ・ハンギ著（崔漢綺、1803年10月26日～1879年6月21日）。
- <sup>8</sup> 朝鮮時代初期の1392年から1451年（59年間）の歴史書。
- <sup>9</sup> 大東野乘：朝鮮開国初から約250年間に渡って書かれた編著。歴史、生活などの風俗を理解できる。
- <sup>10</sup> 現在、ヨンセ大学医科大学のセブランス病院の始初。
- <sup>11</sup> 1908年設立された大韓医院が日本植民地政策により名称と運営主体が変更されて朝鮮総督府医院になった。以降、1926年京成帝国大学医学付属病院に名称変更、1945年独立以降、ソウル大学医科大学付属病院になった。
- <sup>12</sup> 韓国では「障害者」を「障碍人」と称する。本文では、日本語表記に統一したが、法律名は韓国の表記にする。
- <sup>13</sup> 障碍人福祉法第2条（定義）：身体障害、視覚障害、聴覚障害、言語障害、精神遅滞など精神的欠陥（障害）により長期間に渡って日常生活もしくは社会生活に相当な制がある者。
- <sup>14</sup> 本来の祈祷院は、宗教者が社会から離れて休養しながら信仰生活を励ますためにつくられたところであるが、一部のところは、この名称を借りて精神疾患患者を強制収容した施設のことを指す。
- <sup>15</sup> 国家法令情報センター（<http://www.law.go.kr/main.html>）
- <sup>16</sup> 精神疾患療養施設は、社会福祉事業法の規定により設置したが、1995年の精神保健法により法の施行後7年以内に精神療養病院または社会復帰施設に転換するようになる。その後、1997年の精神保健法1次改正により、精神療養病院は廃止し、精神疾患療養施設は精神保健法に規定するようになった。
- <sup>17</sup> 1991年10月17日午後9時58分、ビルの地下にあるクラブで放火事件が起こり16名死亡、約10名が重軽傷を負った。農業をしていた男性（当時28歳）が仕事帰りにデグ市のクラブに寄ったがお金がないとの理由で従業員に無視されたことで近くのガソリンスタンドから6ℓのガソリンを購入しクラブの中に火を付けた。（1991年10月18日、ハンギョレ新聞）
- <sup>18</sup> ソウル市の靴下工場で働いたがクビになった彼は、退職金を飲み屋で全部使い出した後、工場で働いた時にコピーしていた社長の車鍵で犯行に利用した。この事件で11歳（小学校5年生）と5歳の子どもが死亡し、21名が重軽傷を負った。車が止まった後、女子中学生を刃物で脅威し、人質にとったが市民たちが押し付けて捕まった。彼は薬物やアルコールも飲まなかった状態だったので警察は精神異常者でないかとインタビューした。（1991年10月20日、ハンギョレ新聞）
- <sup>19</sup> 社会部と保健部を統合し「保健社会部」を新設（1995年2月17日）したが、1994年12月22日に廃止し「保健福祉部」が新設された。2008年2月、保健福祉部は国家青少年委員会、女性家族部（家族、保育業務）を統

合し「保健福祉家族部」を新設。2010年3月、女性家族部に家族と青少年に対する業務を移管して保健福祉部を再建（「政府組織法」参考）。

<sup>20</sup> 精神保健専門要員は、精神保健法の第7条で定めている。精神保健社会福祉士、精神保健看護師、精神保健臨床心理士と3つの専門職で構成されている。

<sup>21</sup> 精神保健法に根拠し、地域社会精神保健事業の集中的・専門的支援のために保健福祉部長は中央精神保健事業支援団を、市道知事は地方精神保健事業支援団を設置、運営している。役割としては、①国家が行う地域社会精神保健事業の企画および調整に対する支援、②地域社会精神保健事業に対する評価、③精神保健関連機関、団体または精神保健施設間の連携体系の構築支援、④精神保健事業の現況把握および統計、⑤その他の地域社会精神保健事業と関連する保健福祉部長官が指示する事項である。（参考：The National Mental Health Commission, <http://www.nmhc.or.kr>）

<sup>22</sup> イ・ヨンムン：「Analysis and Policy Recommendation to Reform of Mental Health System in Korea」、2013国立コンジュ病院臨床研究論文集、2013。

<sup>23</sup> 障害人福祉法第2条（障害人の定義）：障害者は身体的・精神障害により、長期に渡って日常生活もしくは社会生活に相当な制約がある者。

<sup>24</sup> 2013年7月8日に、記者会見を持って公式的に結成された。精神障害者の地域社会生存権の確保を目的として活動するために大韓精神保健家族協会、韓国精神障害者連合、韓国精神障害者連帯（KAMI）、韓国障害者団体総連盟、韓国障害者団体総連合会、韓国障害者福祉学会、この6団体で構成した。

<sup>25</sup> ウェルフェアニュース（Welfarenews.net）、2013年7月9日。

<sup>26</sup> ハムケゴルム（Cowalknews.com）、2014年1月2日。

<sup>27</sup> 2014年1月、申請者は、2013年11月頃入院治療を受ける程度の精神疾患でなかったにも関わらず、精神保健法第24条に基づき、二人の娘の同意と精神科専門医により強制入院されたと主張し人身保護法第3条に基づき救済請求を行った。審判対象の精神保健法第24条は、身体的自由、自己決定権等を侵害すると主張。2014年5月、ソウル中央地方廷はこの件を受け入れ、違憲法律審判を提請した。（2016年4月、憲法裁判所で公開弁論）憲法裁判所は2016年9月29日、裁判官の全員一致意見で精神保健法（2011.8.4）第24条第1項、第2項は憲法に合致しない、立法者の改善立法があるまで継続的に適用されるという決定を宣告した（継続適用憲法不合致）。（憲法裁判所のホームページ資料参考）

<sup>28</sup> 映画「消された女」は、李 Chol-ha 監督が制作し2016年に公開された。精神保健法第24条を素材に私立精神科病院の問題から発生した色んな事件をモチーフにした作品である。

<sup>29</sup> WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights and Legislation

<sup>30</sup> United Nations Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care:1991.12.17.（略語で‘MI principles’と呼ばれる）国際的に精神障害者の人権の基本的原則として国連総会で決議された。日本語の訳は「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」である。

<sup>31</sup> 2017年2月16日に国会で開かれた「改正精神保健法（精神保健福祉法）の問題点と再改正のための討論会～精神疾患者の人権と治療を受ける権利～」の内容から。

<sup>32</sup> 社会復帰施設：「精神健康増進及び精神疾患者の福祉サービス支援に関する法律施行規則」第19条の精神リハビリ施設の種類の種類及び事業、別表10.

<sup>33</sup> チョン・ジンア、チョン・ミギョン、李ナンヒ等：「京畿道精神健康増進体系の発展法案研究」、京畿道・韓国保健社会研究院、P.83、2016.

<sup>34</sup> 精神保健専門要員：精神保健看護師、精神保健社会福祉士、精神保健臨床心理士。

<sup>35</sup> バウチャーは、利用可能なサービスの金額や数量が記載された利用権であるが、韓国は電子バウチャーを社会保障制度として導入した。利用者は自分のニーズに寄り添ってサービスを選択できる。社会サービスを提供する側の質と利益保障にも繋がる。利用サービスは、福祉、保健医療、教育、雇用、住居、文化活動等を包括している。



- <sup>36</sup> ハ・ユジョン、チョエン・サンナム、ホン・ヒョンスク他、「精神疾患者の人権増進のための制度分析」(研究報告書2006-02)、国立ソウル病院・国立精神保健教育研究センター、2006。
- <sup>37</sup> 李ヨンムン：Ajou University Hospital精神健康医学専門医、人権医学研究所理事。
- <sup>38</sup> 関係部署合同：『幸せな生活、健康な社会のための精神健康総合対策』、国家政策調整会議、2016.2.25。

## 参考文献

- 1 “Ministry of Government Legislation” (<http://www.moleg.go.kr/main.html>), 2014.
- 2 “National Archives of Korea” (<http://www.archives.go.kr/next/viewMain.do>)
- 3 “National Institute of Korean History” (<http://www.history.go.kr/en/main/main.do>).
- 4 “The Annals of the Joseon Dynasty” (<http://sillok.history.go.kr/main/main.do>).
- 5 “The National Mental Health Commission” (<http://www.nmhc.or.kr>), 2014.
- 6 「アジ歴トピックス」([http://www.jacar.go.jp/topicsfromjacar/03\\_terms/index03\\_006.html](http://www.jacar.go.jp/topicsfromjacar/03_terms/index03_006.html)).
- 7 「障害人福祉法」, The National Law Information Center (<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=183629#0000>)
- 8 「精神健康増進及び精神疾患者の福祉サービス支援に関する法律」, The National Law Information Center (<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=183629#0000>)
- 9 「韓国民族文化大百科事典」(<http://encykorea.aks.ac.kr/>).
- 10 Brandon A Kohrt, Emily Mendenhall, “Global Mental Health: Anthropological Perspectives”, Routledge, 2016.
- 11 Cho Heung Seek, Kim Hae Ryun, Comparative Study on the Mental Health Laws among Four Countries, Korean Association For Social Welfare Studies, 1992 ; 4 : 213-250.
- 12 EBS歴史チャンネル©, 『歴史e 2 : 世を覚ます時代の記録』, Book House, 2013.
- 13 Jong-Ik Park, Hyun-Jung Park, Critical Review on Amendment Bill of Mental Health Act, J Korean Neuropsychiatr Assoc 2017 ; 56 (1) : 1-9
- 14 Kim E., Analysis of recent proposals of Korean Mental Health Act. Mental Health Research 1994 ; 13 : 139-154.
- 15 Mittelmarm, M., “Mental health + Inequalities = Broad strategy”, VicHealth Letter, 2003.
- 16 Rhi Bou-Yong, The Concepts of Mental Illness in Traditional Medicine—With the Special Reference to Cheon-Kwang, Sasu, and Changzo-Chung, J Korean Neuropsychiatric Association 40 (6), 2001.
- 17 Shin Kwonchul, Problem Analysis and Improvement Strategy for Involuntary Admission in Mental Health Act - Focusing on the Restoration of Personal Subject Turned Into Reification, Seoul Law Review, Vol.22 No.2 (II), 2014.11, 637-679
- 18 Song Jung-Boo, The Strategies for the plan of Community Social Welfare in Korea, Journal of Community Welfare, Vol.19, 2006.7, 77-96
- 19 Tongwoo Suh, History of the Korean Mental Health Act, J Korean Neuropsychiatr Assoc 2010 ; 49 : 144-148
- 20 UN, United Nations Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care (MI principles), New York, UN General Assembly Resolution, 46/119, 1991.
- 21 WHO, WHO Resource Book On Mental Health, Human Rights And Legislation, Geneva, WHO, 2005
- 22 呉恩恵「韓国の精神保健福祉」、『日本精神保健福祉学』第5巻1号、2017.
- 23 金ギョンヒ等、「精神保健専門要員の実態調査」、2016.
- 24 金ジュンボ、『韓国近代経済史特講』、ヨンセ大学校出版部、Korea, 1993.
- 25 金チェギョン、李ジュヨン、朴ハンジン、「現行精神保健法の問題点と改善方案」、インファローレビュー第

- 4号、Korea, 2014.
- 26 金トウジョン、『韓国医学史』、探求堂、Korea, 1979.
  - 27 国民健康保険公団、『健康保険統計年報』、健康保険審査評価員、2011～2015
  - 28 ジ・ヨンジュ、「医療給付と健康保険給付の差」『Medical Today』、2017.11.12
  - 29 シン・グォンチョル、「精神保健法の再誕生、その意味と未来」、『月刊福祉動向』第214号、2016.8, 5-9
  - 30 ソ・ドンウ、「精神保健の歴史的変化上から見た我が国の精神保健法の問題と改善案」、保健福祉フォーラム、2007.
  - 31 ソ・ミギョン、「韓国精神保健社会福祉学会20年歴史の回顧と展望」
  - 32 ソウル大学40年史編纂委員会、『ソウル大学40年史、1946-1986』、ソウル大学出版部、Korea, 1986.
  - 33 ソウル大学医科大学、「保健福祉部学術研究用役事業報告書—2011年度精神疾患実態疫学調査」、2012.
  - 34 チョン・ジュンヒ、「精神健康福祉法の誕生」、『月刊福祉動向』第214号、2016.8, 10-15
  - 35 チョン・チャングォン、『歴史の中の障害者はどう暮らしたのか』、グルハンアリ、2011.
  - 36 ハ・ユジョン、チョン・サンナム、洪ヒョンスク他、「精神疾患患者の人権増進のための制度分析」(研究報告書2006-02)、国立ソウル病院・国立精神保健教育研究センター、2006.
  - 37 ホ・ジュン、『東医宝鑑』(東医宝鑑国訳委員会訳編)、南山堂、Korea, 1969.
  - 38 保健福祉部等、『2000地域精神保健事業技術支援団の事業報告書』、2001.
  - 39 保健福祉部、『2015国家精神健康現状の予備調査結果報告書』、2016.
  - 40 李ジュンス、孫ドクスン、『精神保健社会福祉論』、ソヨン社、Korea, 2007.
  - 41 李チャンジン、「福祉部「WHO、強制入院精神保健法改正を公式指示」」『Medical Times』、2017.3.5.
  - 42 李ブヨン、「東医宝鑑に表れた精神病観」、最新医学16:106-112、1973.
  - 43 李ヨンムン、「Analysis and Policy Recommendation to Reform of Mental Health System in Korea」、2013 国立コンジュ病院臨床研究論文集、2013.
  - 44 ルイス・アプルビー、「英国保健省:精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク5年の経過」、保健省精神保健担当局、2004.
  - 45 韓国保健福祉人力開発院(KOHI)・精神保健施設人権教育(<http://www.hrp.or.kr>).
  - 46 厚生労働省、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の施行について」、厚生労働省(<http://www.mhlw.go.jp>)、2014.
  - 47 国家人権委員会、「2008年度人権状況実態調査研究用役報告書」、Korea, 2008.
  - 48 国家人権委員会、「2012人権統計」、Korea, 2013.
  - 49 国家人権委員会、「精神障害者人権改善のための法制研究」、Korea, 2006.
  - 50 国立ソウル病院、「精神保健法—精神医療機関調査現況および改善方向」、国立ソウル病院精神保健教育・研究センターPPT資料、2006.
  - 51 助川征雄、「イギリスの動向」、精神障害とリハビリテーション13(1):13-17、2009.
  - 52 植田俊幸、「オーストラリアの動向」、精神障害とリハビリテーション13(1):30-34、2009.
  - 53 政府立法支援センター、「精神保健法全部改正法律(案)立法予告」、大韓民国政府立法支援センター(<http://making.law.go.kr/lmSts/ogLmPp/16526>; 2013年5月23日～2013年7月2日).
  - 54 宋ギョソリョン、民主主義公告化と福祉国家の発展、Journal of Community Welfare, Vol.46, 2001.9, 145-177
  - 55 孫インス、「韓国開花期教育の世界化研究」、韓国教員大学校教授論業第12巻第1号、1996.
  - 56 滝本シゲ子、「刑事司法精神鑑定の研究—日本における制度の生成と展開—」、OSIPP Discussion Paper, DP-2010-J-003.
  - 57 中央精神保健事業支援団、『2012年中央精神保健事業支援団事業報告書』、大韓民国、2012.
  - 58 中根允文、精神障害者への対応への国際比較に関する研究; 海外における入院医療に関して」、厚生労働科学研究、2011.

- 59 田中恒夫、『図説 朝鮮戦争』、河出書房新社〈ふくろうの本〉、2011.
- 60 保健福祉部、『2013年精神保健事業案内』、大韓民国、2014.
- 61 保健福祉部、『国家精神健康政策10年』、大韓民国、2007.
- 62 保健福祉部・韓国保健社会研究院、『2012年度患者調査』、大韓民国、2013.
- 63 廉ヒョングック、「精神保健法全面改正の意味と今後の課題」、月刊福祉動向第214号、2016.8、16-20
- 64 裴ヨンジュン、「韓国の動向：精神保健法制定後15年間の地域精神保健への歩み」、精神障害とリハビリテーション13（1）；35-41、2009.

## Korean mental health service: The history, current and future perspectives

Oh Eun-Hye

### **Abstract**

The Mental health service of South Korea is partially familiar in Japan, as in the system and the policy however it is not known exactly. The purpose of this study is to investigate the national treatment of mental health illness before Mental Action was created in addition to investigate how mental health care has changed over time in South Korea.

This research is categorized into 3 eras: The Recorded history of the Choseon Kingdome, the Unstable period during colonial period of Japan, the Korean war, and the period when South Korea was run by a President. During the period of the Choseon Kingdome “CHEON-KWANG” was found in “The Korean History Database” website by the National History Editorial Committee. CHEON-GWANG, an archaic word, now not in use, means psychiatric disorders. And then after that The Mental Health Act was enacted in 1995. However, those with mental illness still have limited rights. After 21 years, a full revision was enacted and then enforced in May, 2017. Unfortunately, it still has many issues when compared to international standards of mental health acts, nevertheless South Korea is trying to promote human rights for the mentally disabled, henceforth/therefore the act is continually being revised.

Based on researching the history of the mental health care service in South Korea, it provides an insight into the future expectations for the Korean mental health service.

**Key words:** South Korean, mental health service, Act on Mental Health, History of mental health