

中国の精神障害患者に関する福祉救助の問題と対策

王 拓 涵
李 為

1. はじめに

中国共産党の十八大以来、中国政府は民生の保障と改善をしっかりと取り込んでおり、障害者社会福祉保障システムの建設力を絶えず大きくしてきた。障害者グループの中の特殊グループとして、精神障害者の全体的な生活状況と社会平均レベルに大きな差がある。中国の精神障害罹患率の上昇に伴い、精神障害患者の救助と福祉保障はすでに社会サービスシステムの欠陥になっており、政策制度が不完全で、配置が合理的でない、投入不足、需給の矛盾などの現実的な問題が存在している。サービスの需要が急速に増加する情勢を十分に満たすことができず、法律政策、体制機能、資源の投入などの方面で深く調査研究する必要がある。さらに海外の有益な経験を参考にしながら、中国の実際問題と結び付けて、精神障害患者の救助サービスと福祉保障システムの完備を加速する必要がある。

2. 中国における精神障害患者の全体像

(1) 概念と等級

中国の精神衛生サービスを理解するには、まず精神疾患、精神障害と精神障害の三つの異なる概念を理解する必要がある。それぞれ重要な点があり、それぞれ異なる等級分類基準があり、医学と刑事法律鑑定での解釈もそれぞれ異なり、混同しやすい。医学的解釈から見ると、広義の精神疾患の範囲は最大で、精神障害と心理疾患の総称であり、精神障害は様々な原因による知覚、感情と思考などの精神活動の乱れや異常であり、認知能力やコントロール能力によく影響する。社会差別や倫理問題を避けるために、精神障害と呼ばれることも多く、臨床的には比較的重度な精神障害を指し、精神障害とは様々な精神障害が1年以上続いて認知行動障害が確認され、日常生活に影響を与える状況を指している。

精神障害は専門医療部門が病状を鑑定し、精神障害の分類基準に基づいて四級に分類されている。中国が採用した「障害者障害分類と等級」の基準規定(GB/T 26341-2010)¹⁾の中の精神障害等級は『世

1) GBとは国家基準の略語である。

『世界保健機関障害評価尺度Ⅱ』(who-dasⅡ)に基づき、「個人生活の自己管理能力、家庭生活における機能的表現力、職業労働能力、社交能力」などの評価に基づき、精神障害を一級から四級まで区分され、一級(116点以上)、二級(105-115点)、三級(96-105点)、四級(52-95点)、そのうち、一級は最も重度な精神障害である(表1)。中国障害者連合会の調査結果によると、現在、医学鑑定を経てリハビリサービスを受けている精神障害者は約150万8千人がいる。

表1 精神障害等級表(基準番号 GB/T 26341-2010)

一級	WHO-DASⅡの数値は116点以上で、行動の重大な障害に確認され生活は全く自立できず、自己の生理・心理の基本的な要求を無視する。人と付き合うことがなく、仕事ができず、新しいことを学ぶことができない。全面的で広範な支援を提供する必要があり、生活は長期的で、すべて他人の監護が必要である。
二級	WHO-DASⅡの数値は106-115点の間で、行為の重度障害に確認され生活の大部分は自立できず、ほとんど人と付き合うことはなく、介護者と簡単に付き合うだけで、介護者の簡単な指令を理解でき、一定の学習能力がある。監護下で簡単な労働に従事できる。自己の基本的なニーズを表現することができ、時には社交活動に受動的に参加し、広範な支援を提供する必要があり、ほとんどの生活は他人の世話を必要としている。
三級	WHO-DASⅡの数値は96-105点の間で、行為中度障害に確認され生活上は完全に自立することはできず、人と簡単に交流して、自己の感情を表現することができる。単独で簡単な労働をすることができ、新しいことを学ぶことができるが、学習能力は明らかに普通の人より劣っている。受動的に社交活動に参加し、時には積極的に社交活動に参加できる。一部のサポートを提供する必要がある。つまり、必要なサポートサービスは常に、短時間のニーズであり、一部の生活は他人が世話しなければならない。
四級	WHO-DASⅡの数値は52-95点の間で、行動軽度障害に確認され生活は基本的に自立しているが、自立能力は普通の人より劣っており、時には個人衛生を無視する。人と付き合うことができ、自己の感情を表現できて、他人の感情を感じる能力が低い。普通の仕事をすることができ、新しいことを学ぶ能力が普通の人より少し劣っている。たまには他人のサポートが必要で、一般的には他人が生活を世話する必要はない。

(2) 精神疾患の発病率

世界保健機関(WHO)は今世紀初め、世界に約4億5千万人が様々な精神疾患を抱えていると推定し、すべての国、社会は、個人の生命のいかなる段階でも、男女、貧富、都市と農村を問わず、精神と行動の問題が存在している。『2001年世界保健報告書』によると、世界中の4人に1人が精神的健康の問題に直面する可能性があり、10人に1人が精神障害を抱えている。ここ十年来、国際医学診断基準と疫学調査技術の進歩に伴い、精神障害グループの規模と数は上昇し、中国における精神障害患者の総数は2009年の1億人から2018年の2億4千万人に増え、重度精神障害患者は1600万人を超え、登録されている重度精神障害患者は581万人²⁾に達し、そのうちの55%は貧困状態にある。世界各国の研究結論はいくつかの面で共通している。例えば、重症精神障害の割合はほとんどが1%程度で、この1%の重症精神障害患者のうち、約10%の患者は暴力的傾向があるが、介護に

2) <http://m.people.cn/n4/2018/0709/c204447-11258956>(人民網「2億5千万人の精神疾患の生存現状」2018年7月9日)

よってコントロールできる³⁾。

1980年代以来、中国では多くの精神障害疫学調査を行った。1982年衛生部（日本の厚生労働省に相当）は全国の12地域で初めての精神疾患疫学調査を実施した結果、中国精神障害の罹患率は1.27%であった。1993年に全国7つの地域で2回目の調査を行ったところ、罹患率は1.35%であった。

その後、一部の省市と地域はそれぞれ精神障害の疫学調査を実施し、精神障害の罹患率は絶えず上昇し、罹患率は約13.47%⁴⁾に上昇し、地域分布から見ると、最も罹患率が低いのは山東省（1.32%）とチベット自治区（1.34%）で、罹患率が高かったのは河北省（18.51%）と深セン市（21.17%）⁵⁾である。

2019年、国際著名雑誌『ランセット・精神学』が「中国における精神障害罹患率：疫学現状研究」を発表し、この成果は衛生部と科学技術部が助成した「中国精神衛生調査プロジェクト」によるものである。中国では、精神障害疫学研究に関係学科が最も多く、精神障害の種類も多く、代表的なサンプリング調査として、はじめて全国的調査が行われ、精神衛生分野の大きな成果となった。調査は31省で157県/区、268郷町/街区、1256村/住民委員会の38593世帯18歳以上の成人をサンプリング調査し、回答率は84.3%で、7種類の36種類の精神障害のいずれかの精神障害（老年性痴呆を含まない）の生涯罹患率は16.57%⁶⁾であった。

精神疾患の状況について⁷⁾、WHOが全世界で行った研究によると、全世界で上位10位に障害を引き起こす病気のうち5つは精神疾病で、全世界の疾病の13%を占め、その中で精神障害の疾病は7.4%を占め、中国の精神障害罹患率は明らかに上昇傾向にあり、精神障害による疾病負担は全疾病の14%を占めている⁸⁾。

精神障害は高消耗症で、病気による貧困を招き、病気による貧困に陥る主要な病気の一つである。経済社会の急速な発展、生活リズムの加速、家庭構造の変化が伝統的な社会支援システムを弱体化させた。競争メカニズムの導入、社会的ストレスの増大、個人の需要と期待の上昇などの要素は精神障害をもたらす要因である可能性が高い。多くの精神障害は青少年期から始まったので、労働生産力への影響は極めて顕著である。

また、再発率が高く、治療周期が長いため、ほとんどの精神障害患者は科学的に有効な治療とシステムの完備した介護が不足し、その治療回復は家庭に重い経済的と精神的ストレスをもたらすだけでなく、重度の精神障害患者の行為が予測しにくく、救助サービスと保障が不足しているなど、公共安全事件を引き起こしたりして、社会治安と公衆安全に重大な脅威と危険をもたらす。

3) 「精神衛生：新たな理解、新たな希望—世界保健機関2001年報告」『海外医学精神医学分冊』2002（1）。

4) 維熙・沈漁郵・李淑然（他）「中国七地区精神疾患疫学調査」『中華精神科雑誌』1998, 31（2）。

5) 王坤「中国精神衛生専門機関に関する経済運行研究」華中科技大学, 2012。

6) 黄悦勤「中国精神障害罹患率：疫学現状研究」北京大学学报（医学版）, 2019（2）。

7) 病気負担とは、病気、障害と早死が社会経済と健康全体に与えるストレスで、病気の発症率、罹患率、死亡率、外来率などが含まれる。

8) 黄悦勤「中国精神障害罹患率：疫学現状研究」北京大学学报（医学版）, 2019（2）。

精神障害患者の治療回復、救助管理及び福祉保障は医学的な問題だけでなく、社会問題でもあり、社会管理と公共政策の視点から精神障害患者に対する救助サービスと福祉保障システムを構築する必要がある。注目すべき点は、現在精神障害患者に対する研究は主に医学領域に集中しており、内容は主に精神障害患者の疫学的特徴、人口学的特徴、精神疾患リハビリテーション診療機関及び専門看護研究などの面で進んでいるが、社会的ガバナンスと公共政策領域に関する研究は限られている。

3. 精神障害患者の福祉保障発展の現状

(1) 精神衛生サービスの部門協力と責任分担

精神衛生サービス部門の協力メカニズムの歴史の変遷を振り返ってみると、1958年に衛生部（衛生省）が南京で開催した「全国第一回精神疾患予防治療会議」に遡ることができ、中国精神衛生サービスシステムにおける基盤づくりがスタートした。1970年代、衛生、民政、公安部門を中核とし、精神疾患の予防と治療の指導グループを結成したと同時に、民政部門は仕事の必要に応じて、精神病院を回復と再建した。計161カ所、病床数29000床で、26000人余りの患者を収容した。中国に医療従事者が不足している状況を考慮して、各地に初級的な衛生保健機関が設立され、一部の省市は福祉工場、産業治療所などの形で精神的リハビリテーションサービスを展開し始めた。

1986年、衛生部、民政部、公安部は上海で「全国第二次精神衛生工作会議」を共同で開催し、精神障害患者の診察困難、入院困難の問題を解決し、総合病院に精神科を設立し始めた。政府が精神衛生活動に介入する幕が正式に開かれた。

2001年、衛生部、民政部、公安部と中国残連は北京で「全国第三回精神衛生工作会議」を開催し、会議後に四つの機関が共同で『中国精神衛生工作2002—2010年計画』（衛疾控発〔2002〕96号）を発表した。

2004年、衛生部、教育部、民政部、公安部、財政部などの7つの部門委員会が共同で『精神衛生の仕事に関する更なる強化の指導意見』（國務発〔2004〕071号）を制定した。

2006年、国務院は「精神衛生工作部間合同会議制度」の設立を批准した。合同会議のメンバーは衛生部、中宣部、発展改革委員会、教育部、公安部、民政部、司法部、財政部、人事部、労働と社会保障部、文化部、食薬監局、国務院法制部門、中国科学院、全国労働組合、共産主義青年団中央、全国婦人聯、中国残連、全国高齢弁公室などの部門と部門を含み、オフィスは衛生部に設置された。合同会議の主な役割は精神衛生に関する重大な政策措置を研究し、精神衛生に関する重大な問題を協調的に解決し、年度の重点を確定し、協調的に実行する。さらに精神衛生の政策に関する執行を指導し、監督し、検査することが確認された。これによって、合同会議制度は各部委員会間の精神衛生に関する協力関係を促進した。

2008年、衛生部など十七社が共同で『全国精神衛生工作体系に関する発展指導要綱（2008-2015）』

を発行した（衛疾控発〔2008〕5号）。要点は部門間の精神衛生事業の展開にある。

2015年、重度な精神障害患者の救助保障システムを完備し、重度な精神障害患者の事故・事件の発生を減らすために、国家衛生計画委員会などの六つの部委員会は「全国精神衛生総合介護試験の実施に関する通知」（国衛疾控発〔2015〕57号）を共同で発表し、部門の協力をさらに強化した。

部門間の分業体制では、「精神衛生法」に基づき、中国の精神衛生事業は「政府組織のリーダーはその部門のそれぞれ責任を負い、家庭と部門が全力を尽くし責任を尽くし、社会全体が共同参加する」という総合的な介護体制を実行している。その中で、衛生部門の精神衛生仕事は専門衛生機関の診療サービスを提供することを主とし、精神衛生モニタリングネットワークを構築し、精神障害の発生状況、発展傾向などのモニタリングと特殊調査を実施し展開する。政府部門は精神障害の分類、診断基準と治療規範を制定する。県レベル以上の地方人民政府衛生行政部門は定期的に当該行政区域内の精神障害の診断、治療に従事する医療機関を検査する責任がある。医療機関は重度な精神障害患者に基本公衆衛生サービスを無償で提供する。医療従事者を組織して精神衛生知識訓練を行い、精神障害を識別する能力を高める。

民政部門の精神衛生事業は福祉と救助を主とし、都市と農村の最低生活保障条件を提供する。重度な精神障害患者を最低生活保障システムに組み入れる責任がある。国の関係規定によると、農村の「五保扶養対象」⁹⁾に属する重度な精神障害患者および都市部に労働力がなく、生活源がなく、扶養、養育、扶養義務者がいない、あるいは法定扶養、養育、扶養義務者が扶養、養育、扶養能力がない重度な精神障害患者を扶養、救助する。生活困窮の重度な精神障害患者を助け、一時的な救助などの措置を講じて生活困難を解決し、法律に基づいて都市のホームレスの精神疾患患者の救助を行う。救助期間中の突発的な精神疾患の援助対象者について、直ちに医療機関に連絡し、関連規定に基づいて救急治療を行う。服役期間中に精神疾患にかかった復員軍人の配置と救急治療も担当する。

警察部門は精神衛生サービスの中で主に補助的な役割を果たし、精神障害患者が自分自身を傷つけ、他人の安全を害する場合、あるいは自分自身を傷つけ、他人の安全を害する危険があると疑われた場合、警察はそれを制止して医療機関に送って精神障害の診断を行う。保護者が入院治療の実施を妨害したり、患者が無断で入院治療を離脱したりした場合、警察が医療機関に協力して患者に入院治療を実施する。

「精神衛生法」の規定によると、精神障害患者の医療費用は国家の社会保険に関する規定に従って基本医療保険基金が支払う。

医療保障財政部門は協調を強化し、手続きを簡素化し、基本医療保険基金に属する医療費用を医療機関と医療保険事務所が直接決済することを実現しなければならない。精神障害患者が基本医療保険を通じて医療費を支払うことが難しい場合、あるいは基本医療保険を通じて医療費を支払うこ

9) 農村五保扶養制度は中国が農村地域で実施した社会保障制度である。「五保」とは、条件を満たす対象者に対して、食事の保障、服装の保障、居住の保障、医療の保障、埋葬（孤児保育）の保障など5つの生活保障措置を提供することである。

とができない場合、医療保障部門は優先的に医療救済を与えなければならない。

教育部門は教師の心理的健康を重視し、教師に任期中および在任中研修を行う際、精神衛生の内容を含め、定期的に心理的ケアと研修を行い、専門的な訓練を行う。中国障害者連合会とその地方組織は法律、法規、あるいは政府の依頼を受けて、社会的資源を動員して精神衛生の事業を展開する。

(2) 精神衛生福祉機構の建設とサービス

新中国が成立した後、精神衛生機構の基盤づくりは徐々に政府に重視され、1950年代半ば、全国の21省市に精神病院62所が新設された。1950年、全国精神科病床数はわずかに千床余、1958年、精神科機構は49カ所、病床数は11159床に達したが、当時の6億人に対して需要の差が大きかった。1978年までに病床数が4万余床を治療し、療養病床数が8800余床を収容し、医療設備と技術レベルも著しく向上した。1978年以降、中国精神衛生事業は急速に回復し、高度な発展期に入った。1985年まで、全国に精神病院が348カ所あり、病床数は6万床余、1989年までには8万床余に達した。2011年まで、全国に精神衛生専門機関782カ所があり、総合病院に精神科540カ所、リハビリ施設67カ所、精神科病床総数は20万床余である。

近年、中国の精神衛生資源は絶えず完備しており、2019年の衛生健康統計年鑑データ¹⁰⁾によると、全国に精神病院が1330軒、その中に公立精神病院が685軒、非公立精神病院が645軒、全国精神病予防治療所(ステーション、センター)が28軒¹¹⁾、精神科病床が50万床ある。民政部「2018年民政事業発展統計公報」によると、全国民政システム精神衛生福祉機構は145カ所、病床数は6.3万床¹²⁾。医療資源の深刻な不足を考慮して、各省庁政府の協調の下で、民政、警察、残連などの部門は相次いでそれぞれの精神衛生サービスシステムを構築し発展した。衛生部門の各部門担当は責任を持って、精神衛生事業の発展を推進した¹³⁾。

政策支援の面で、2008年末、国家発展改革委員会と衛生部は「精神衛生専門機関の基盤づくりの指導意見(試行)」と関連書類を発行し、精神衛生専門機関(精神専門病院と精神専門専門専門の特色がある総合病院を含む)の基盤づくりを強化し、総投資額は154億元であった。その中で中央政府は91億元の投資を手配した。

2009年、国家発展改革委員会、衛生部と民政部は「国家発展改革委員会、衛生部、民政部は精神衛生予防と治療システムの建設計画に関する代替プロジェクトの補足通知」を提出し、地方に地域の衛生計画に基づいて、地域内の衛生、民政、企業などの所属精神衛生の社会資源を統合することを求め、原則として各地方に1カ所の市級精神衛生専門機関の建設を限定する。同年、国務院が「医薬衛生体制改革に関する重点実施方案(2009—2011年)」を公布した(国発〔2009〕12号)、精神衛

10) 中国衛生健康委員会編『2019年中国衛生健康統計年鑑』中国協和医科大学出版社、第81頁。

11) 中国衛生健康委員会編『2019年中国衛生健康統計年鑑』中国協和医科大学出版社、第6頁。

12) <http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/>(民政部「2018年民政事業発展統計公報」第5頁)

13) 王坤「中国精神衛生専門機関に関する経済運行研究」華中科技大学、2012。

生機構を重点的に建設し、精神衛生の公衆衛生性をさらに確定し、精神衛生機構に政策的傾斜（支援）を実施することを明確にした。

2013年、民政部「民政精神衛生福祉サービスの発展を速める意見」（民政〔2013〕213号）は、2020年までに各市（地、州、連合）が民政直属精神病院または精神患者社会福祉院の建設目標をほぼ実現することを提案した。重病と診断された介護治療の仕事に対して、衛生部は2012年に「重病介護治療の作業規定」（衛疾控発〔2012〕20号）を公布し、関係機関の職責、応急医療処置、監督審査と評価などを定めた。

2018年、民政部、人社部、衛生計画委員会、中国障害者連合会は「障害者サービス機構管理方法」（民發〔2018〕31号）を発行し、障害者サービス機構に精神障害者のために専門家を配置して専門サービスを行うよう求めた。

国が絶えず精神衛生福祉の事業を強化し、精神障害者福祉機構の各制度の改革を促進し、サービス能力が絶えず向上している。現在、中国の精神障害患者のリハビリテーションに関わる機関は、専門病院の精神病院、精神病予防治療所（ステーション、センター）と民政システムの精神衛生福祉機関を含む。民政精神衛生福祉機構には、民政直属精神病院、精神障害者社会福祉院などの社会福祉機構も含まれており、主に復員軍人、町「三無」¹⁴、農村五保、貧困者などの特殊な精神障害患者に向けて救急、救助、リハビリ、看護と介護サービスを展開している。長年の発展を経て、民政精神衛生の事業は基本的に精神衛生福祉院、退役軍人精神病院、リハビリ病院を中核とし、コミュニティリハビリ施設を頼りに、家庭リハビリテーションを基礎とした民政精神衛生リハビリシステム、そして「養育、介護、治療、リハビリ」を一体化したサービスモデルを形成した¹⁵。

(3) 精神衛生におけるコミュニティ・リハビリテーションサービス

精神衛生コミュニティ・リハビリテーションサービスの政策構想と政策実施の歴史を振り返ると、1958年に衛生部は「全国精神疾患予防治療計画」を制定し、中国精神疾患コミュニティの事業展開を推進し、当時、精神疾患予防治療の方針を提出したのは「積極的予防治療、現地介護、重点収容、開放治療」であった。その後、全国障害者リハビリテーション弁公室（「全康弁」と略称）は「八五精神疾患コミュニティのリハビリ案」を制定し、中国障害者連合会が主導し、衛生部、民政部、公安部を含む多くの部委員が連合し、全国の30市と30県で精神疾患コミュニティのリハビリ試験を実施したことで、人口の7000万人をカバーした。1996年、「全康弁」は精神疾患コミュニティのリハビリ試験を全国の200県、市に拡大し、人口規模は2億人に達した。

近年、国家は精神障害地域のリハビリテーションサービスを発展させた。2015年、国务院連合十

14) 三無は、町の住民の中に労働力がない、生活資源がない、扶養者と世話してくれる人がいない、または扶養者と世話してくれる人が確かに扶養または扶養能力がない60歳以上の高齢者を指す。

15) 鄒学銀・成彦・周世強「社会救济型から適度な普遍的福祉へ—精神衛生福祉サービスシステムにおける民政の中核的役割」『社会福祉』理論版, 2012 (12)。

部委員会が制定した「全国精神衛生工作計画（2015-2020年）」は、2025年までに80%以上の県（市、区）が精神障害地域リハビリテーションサービスを展開する。精神障害地域リハビリテーションを展開している県（市、区）の60%以上の在宅患者が地域リハビリテーションサービスを受けていることを明らかにした。

リハビリマネジメントのコミュニティでのサービスモデルは、2017年、民政部と財政部、保健委員会と中国の残連が「精神障害コミュニティのリハビリサービスを速める意見」（民発〔2017〕167号）を発行し、「社会化、総合性、開放」の精神障害コミュニティ・リハビリテーションサービス体系を明確に構築し、精神障害の「三高二低」（すなわち、「高罹患率」、「高障害率」、「高事故率」と「低治療率」、「低リハビリ率」）問題を解決するための基本的な方針を提案した。

現在、精神障害コミュニティ・リハビリテーションサービスは全国各地で徐々に展開されている。新しい医療衛生体制の改革が進むにつれて、上海、広東などの主要省市は、事例介護、認知行為治療、職業リハビリ治療と危機介入プロジェクト¹⁶⁾などのコミュニティ精神障害リハビリテーションサービスを試行的に展開している。各地の精神障害患者のコミュニティ・リハビリ実践状況は異なるが、全体的に精神障害コミュニティ・リハビリテーションサービスは患者の「介護制御」に限られており、「サービス」ではない。長期的に患者に抗精神病薬剤を服用させることはコミュニティ・リハビリテーションの中で最も主要な方法¹⁷⁾であり、精神病院と予防治療所（ステーション、センター）のリハビリサービススタッフの配置が明らかに不足している。2019年の『統計年鑑』によると、中国の末端予防治療所（ステーション、センター）の勤務医師数は343人で、登録看護師数は588人である。全国分科勤務（助手）医師の構成比率から見ると、精神科の占める割合はわずか0.8%で¹⁸⁾、コミュニティ・リハビリテーションサービス事業は、体制として一体的な実践モデルがまだ形成しておらず、依然として多くの課題を抱えている。

(4) 精神障害患者家庭の福祉政策

2009年、国務院は「医療衛生体制改革最近重点実施案（2009-2011年）」を公布した（国発〔2009〕12号）。都市と農村の基本的な公共衛生サービスの均等化を実現することを明確にした。同年に発行された「基本公衆衛生サービスの均等化を促進する意見」（衛婦社発〔2009〕70号）は、重度な精神疾患管理を9種類の公衆衛生サービス項目に組み入れた。2011年、衛生部は重度な精神疾患を重大な疾病保障試験範囲に入れ、2012年、衛生部、財政部、民政部は「2012年の新型農村協力医療に関する通知」（衛農衛発〔2012〕36号）を発表し、正式に重度な精神疾患を重大な疾病保障範囲に入れ、

16) 李衛東（ほか）「重症精神疾患患者のコミュニティ・リハビリテーションの現状と対策について」中国民康医学, 2015, 27 (10):73-75.

17) 李衛「コミュニティの精神障害リハビリテーション管理モデルに関する研究—上海市陽光心園を事例に」復旦大学, 2013.

18) 中国衛生健康委員会編『2019年中国衛生健康統計年鑑』中国協和医科大学出版社, 第25, 28, 42, 85頁.

補償負担率が70%以上になることを求め、医療救助基金として条件を満たす生活困窮対象者に対し補償率が20%程度に設定する。

同年、民政部、財政部、社会部、衛生部は「重大な疾病医療救助試験の実施に関する意見」（民発〔2012〕21号）を公表し、重症精神疾患を救助病の対象に入れた。2015年、国務院は「困難障害者生活補助金と重度障害者介護補助金制度を全面的に確立することに関する意見」（国発〔2015〕52号）を発行した。これは中国初の障害者特別福祉制度で、初めて精神障害などの重度障害者を福祉制度の対象範囲に入れる意義がある。

2019年、民政部などの多くの部門は「困難障害者生活補助金と重度障害者介護補助金の基準を動的に調整する措置に関する指導意見」（民発〔2019〕67号）を共同で発行し、現在、2つの補助金制度は全国的に施行されている。補助金発行の定期的検討と補助金基準の動的調整機能を明確にし、補助金の対象範囲を拡大したり、補助基準を高めたりした。障害者の2つの補助金は全国の情報システムがオンラインになって、全国の障害人口データベース、全国の低保障データベースとの連携を実現し、国務院弁公庁の中国政務サービスプラットフォームに組み入れた。

国務院は2015年に「中国共産党中央国務院が貧困撲滅に勝つことに関する決定」（中発〔2015〕34号）を公布し、全党社会の力を挙げて、貧困撲滅に断固勝つことを明確に提出し、貧困重度障害者、低保障、貧困精神障害者の正確な貧困脱却は貧困撲滅を達成する上で重要である。

2016年、民政部は「中国共産党中央国務院が貧困撲滅に勝つことについての決定」を徹底することについての通知を出した（民発〔2016〕57号）。低保障家庭における重度障害者などの重点救助対象に対して、様々な措置を講じて救助レベルを高め、基本生活を確保する。

2018年、民政部は「中国共産党中央国務院が貧困撲滅に勝つ3年間行動指針に関する指導意見」を行動案として発表し（民発〔2018〕91号）。重度障害者などが労働力を完全に喪失した人、労働力を部分的に喪失した人、産業就業で貧困脱却を助けることができない農村貧困者を低保障範囲に入れ、社会救済の機能を絶えず強化することを再提案した。

民政部、財政部、保健委員会、国務院の貧困支援と中国障害者連合会は「貧困撲滅のための貧困重度障害者介護サービスに関する通知」（民発〔2019〕33号）を発行し、各地で貧困重度障害者介護サービスの対象とサービス内容を正確に確定し、集中的な介護と社会的な介護サービスを展開した。社会に呼びかけ、貧困重度障害者介護サービスに参加することを奨励し、貧困重度障害者リハビリテーションの事業力を高めるよう指導した。

低保障、特別（生活）困窮な精神障害患者の基本的な生活保障について、国務院は「特別困窮な人員の救助扶養制度の更なる健全化に関する国務院の意見」（国発〔2016〕14号）を発表し、特別困窮な人員の介護サービスと基本的な生活権益の分散をさらに強化するために、2019年、民政部は「特別困窮な人員の介護サービスの分散強化についての通知」（民発〔2019〕124号）を発行した。これによって、さらに細分化して、分散した養護特級人員の介護サービスを強化する政策、介護基準規範と監督管理機能を明確にし、自立できない高齢の重度障害などの人に関してはサービス提供の重

点的におく。

(5) ホームレス精神障害患者の救助とサービス

ホームレス精神障害患者の多くは民事行為能力がなく、身分などの情報を明確に表現できず、攻撃的な行為だけでなく、外部からの傷害を受けやすく、公衆衛生と安全、社会治安に問題になっている。ホームレス精神障害患者の救助は主に各地の民政救助所に頼って救助配置を実現し、各地の救助所は精神障害患者の情緒状態、行為表現、言語表現に攻撃性があるかどうか、自分や他人に危険があるかどうかなど多方面に精神状況を判断し、分類して救助を実施する。

明らかな攻撃的行為がない精神障害患者には、救助ステーションに住むように手配する。全国に登録して肉親探しネットを通して救助し、「今日のトップ探し」という肉親情報提供者を募集する。さらに DNA を抽出して警察システムの情報ベースに登録して照合し、顔認識などの方法で肉親を探す。肉親を捜すのに成功したホームレス精神障害者に、親族に連絡する。親族が受け入れできない場合、または受け入れを拒否する場合は、救助所が戸籍地までに護衛し、戸籍地民政部门が送還または配置を手配する。

身元情報を特定できず、ステーションでの救助期間が10日を超えるホームレス精神障害者には、リハビリステーション内介護サービスを利用して生活介護を行う。三ヶ月以上も身元情報を特定できない滞在ホームレス精神障害患者は、当該地方政府に報告して配置する。配置した後、特別扶養条件を満たすホームレス者が特別扶養範囲で対処する。

明らかな攻撃行為がある場合、ステーションに残って自分自身や他人の人身安全を脅かす可能性がある精神障害の疑いのある患者に対して、精神病院に搬送して治療する。病状が好転し、精神状態が安定し、病院で退院できると判定された場合、身分情報が不明なホームレス精神障害患者を治療した後、救助ステーションが引き受け養育した。

3. 精神障害患者の福祉保障における問題点

(1) 保障政策実行のジレンマ

中国の精神障害患者に対する福祉保障には、主に医療救助、最低生活保障、特別困窮な人員の扶養と障害者の補助金の四つの面が含まれる。

「精神衛生法」は、重度な精神障害患者に精神科の基本的な薬物維持治療、定期的なフォローアップ、リハビリなどのサービスを提供することを明確に規定している。県レベル以上の政府衛生行政部門は医療機関を動員して、重度な精神障害患者に基本的な公衆衛生サービスを無償で提供しなければならない¹⁹⁾。

19) 全国人民代表大会常務委員会『中華人民共和國精神衛生法』2018年4月27日中華人民共和國主席令第6号

しかし、これらの規定は関連政策と資金源が不足しているため、実際に実行できない。また、重度な精神障害は都市と農村住民の重大な疾病保険、重大な疾病保障と都市と農村の医療救助制度の範囲に入っているが²⁰⁾、都市部従業員の基本医療保険、都市部住民の基本医療保険と新型農村協力医療の個人の清算比率は最高で60%しかなく、しかも支払い基準という垣根があるため、家庭経済が困難で病気による貧困を招き、病気による貧困に陥った患者の家庭にとって、負担は依然として重い。

(2) 「九龍治水」²¹⁾ 的な救助活動は明確な協力関係を形成しにくい

精神障害患者の救助介護は民政、警察、衛生、総合管理、城管（警備）、財政、残連（障害者連合会）、労働と社会保障に関係しており、これらの部門は精神障害患者の救助協力面での責任が明確ではなく、現実の仕事では連絡が取れず、救助作業の効果に影響し、救助ができなくなる。例えば「都市部のホームレスや物乞い人の救助管理方法」は「被災者が住んでいる県レベル政府は、被災者の生活困難を解決するための措置を講じ、障害者、未成年者、高齢者の近親者や他の保護者を養育し、扶養義務を履行しなければならない」と規定している。しかし、実際、精神障害患者の戸籍所在地の民政部門がそれを家族に引き渡した後、事実上の無人監視状態になり、精神障害患者には、その繰り返しの外出迷子を予防する有効な措置がとられていない。街頭パトロールでは、自主救助、救助サービス、被援助者の配置などの環節は特に関係部門の協力が必要である。

精神障害者が自発的に助けを求めることは非常に少なく、基本的には市民が通報した後に警察に護衛されて入所し、一部は救助ステーションが街頭パトロール中に発見された後に救助される。警察、城管（警備）、綜合法執行部門などの街頭パトロール責任のある部門は積極的に保護的な救助を行う役割が十分ではない。顔認識を行う時には当地の情報しか認識できず、戸籍情報の問い合わせがないと、全国各地で多くの身元情報が不明な精神障害者が救助ステーションに滞在している。

(3) 専門的資源は全体的に低い保障レベルにある

経済社会の発展に伴い、近年医療衛生事業の発展が加速しているが、全体的に見ると、中国の精神衛生資源はまだ不足しており、インフラも人材も世界平均レベルを下回っており、政策制度が完備していない。補助施設も不足しているし、需給の矛盾が明らかであるなどの問題はまだ目立っている。それから、中国は精神衛生資源の分布がアンバランスな問題に直面しており、政府の精神衛生への投入が不足している。これらは中国全土で提供する精神衛生サービスがまだ道のりの段階で、精神障害患者の救助サービス需要が急速に増加する情勢に十分に答えていない。

国際事情を参考にして、2014年に、34の先進国が加盟した経済協力と発展組織（OECD）が先日まとめた各国の精神医療報告によると、2011年前後のデータによると、OECD加盟国の平均10万

20) 衛生計画委員会などの部門『全国精神衛生工作計画（2015-2020年）』国が発刊した〔2015〕44号

21) この表現の意味は、1つのことが複数の人や複数の部門で管理され、結果的に人それぞれの意見があって、誰も協力関係ができないことが多い。

人あたりの精神科病床数は68床、日本の10万人あたりの精神科病床数は269床で、日本はOECD加盟国の平均の4倍である²²⁾。

2019年の衛生健康統計年鑑統計データによる²³⁾と、中国は10万人あたり17.1床しか持っていない。医療従事者の人数と割合について、WHO『2014年精神衛生地図集』の調査報告によると、高収入国では、2000人に1人の精神科医がいる。「全国精神衛生工作計画（2015-2020年）」のデータによると、中国精神衛生従事者は非常に不足しており、精神科医は約3万人、看護師は3万人で、平均10万人に精神科医は1.49人、看護師は2.2人で、世界平均レベルは精神科医4人、看護師13人である。アメリカを例にとると、その人口は中国の4分の1しかいないが、精神科医は4万人、臨床心理療法士は20万人いる²⁴⁾。WHOの資料によると、全世界の統合失調症の生涯罹患率は7%～13%、再発率は80%以上に達し、多くの精神障害患者は生涯にわたって治療を維持する必要があるが、現在精神病院に入院して治療する患者は入院患者の18%²⁵⁾前後を占め、インフラの準備は精神疾患に対する医療救助力を大幅に低下させた。

世界各国は精神衛生インフラの建設を非常に重視しており、国によって発展モデルのおく重点が異なるが、基本的な特徴は精神衛生インフラとサービス機関の建設に力を入れ、それに基づいて精神疾患患者のリハビリテーションを展開することである。また、ある調査によると、中国精神衛生サービスの面では、専門的な人材が不足しているほか、精神科看護師の経済収入が低く、社会的支援が不足し、仕事のストレスが高い、リスクも高く、職業保護が不足し、職業認識が低いなどの問題も顕著になっている。

(4) 監護責任が至らず、家族への支援が不足している

精神障害症の罹患率が高く、医療資源の消耗が大きく、大部分の患者とその家族は有効な精神衛生サービスと社会的支援を受けられなかった。家庭介護が負担するのはまず経済的ストレスで、多くの患者は反復して生涯の治療が必要である。家庭に長期的な経済的負担²⁶⁾を与えることで、患者本人とその家族の生活の質に深刻な影響を与え、病気で貧困を引き起こした。

統計によると、多くの精神障害患者の家庭経済状況は憂慮され、登録されている55%の重度な精神障害患者が貧困ライン以下で、最低生活保障と特別困窮な人員の扶養が必要とされ、長期滞在救助所の3万人のホームレスや物乞いの大部分は重度な精神障害患者で、しかも数は増え続けておる。

22) <http://world.people.com.cn/n/2014/0728/c157278-25352674.html> (人民網「経済協力組織は日本精神科病床数が平均値の4倍と評価している」2014年7月28日)

23) 中国衛生健康委員会編『2019年中国衛生健康統計年鑑』中国協和医科大学出版社、第81頁。

24) <http://schizophrenia.com/szfacts.htm> (Schizophrenia Facts and Statistics)

25) 江開達・周東風『精神医学』人民衛生出版社(北京)2005:109。

26) 張耀軒・黄温・李淑娟・肖淑芳・夏姆「青少年統合失調症患者の介護者の家族疾患負担現状と社会的支援関連研究」『看護研究』2020, 34 (02):192-196。

重度な精神障害患者の家庭が病気で貧困を引き起こす現象は非常に普遍的である²⁷⁾。さらに家族介護は重い精神的ストレスを負担し、家族介護は患者の回復に重要な役割を果たしているが、介護者の悪化する心理状態は自分自身の健康に影響するだけでなく、患者の心理的負担を重くし、治療と回復効果に直接影響する。精神疾患の中で最も多いのは統合失調症で、重度な精神疾患のため、現在、中国の統合失調症患者の99%はコミュニティに住んでおり、そのほとんどは家に住んでおり、生活の世話と監督責任は主に家族が担っている²⁸⁾。統合失調症患者の中でも50%の割合で青少年期に初めて発症し、慢性経過を呈し、大部分の精神障害患者は異なる身体と認識機能障害がある、あるいは間欠性精神病に属し、一人で出かけた後、突然発症し、危険が発生しやすい。発病時に患者は自分の行動をコントロールできない、細心の注意と配慮が必要で、常に介護ノーハウと安全面の原因でより多くの問題をもたらしている。

家族介護の過程で、ある家族は精神障害患者を放任し、長期的に精神疾患に対する家族のケアが少なく、特に大部分の精神障害患者は農村から来たため、家庭の監督が不足している。さらに家族が故意に精神障害患者を見捨てたケースも報告されている。中国では精神障害患者の保護者に対する監督が不足しており、保護者の権利を損なう場合、関連措置と部門が精神障害患者を保護する合法的権益も欠如している。

また、精神障害の「汚名化」と「病気恥感」は患者の社会的な統合度が低く、一部の患者の言動が奇妙となり、たまに事故を起こし、市民の生命や財産の安全を脅かし、社会治安の危険をおかす。こういった事例が報告されると、精神障害患者に対する社会の偏見と排斥に助長する。さらに、一部の家庭や患者は病気を嫌う、診察しない、薬を飲まない、情報収集と精神衛生情報ファイルの作成に協力したくないため、病気の治療とリハビリは長期的なプロセスであり、精神障害患者は苦しんでいる。リハビリ治療を受けた後も家族や社会にすぐになじめない。家族、コミュニティと社会が彼らに寄せる関心と配慮が不足しているため、家庭は長期的な介護による倦怠感、社会的拒否感によって病状に対する正確な認識が不足している。それによって患者の再発率が極めて高く、偏見と差別が普遍的に存在し、多くの患者が精神障害に二次的に苦しめられている。

4. 精神障害患者の救助介護と福祉サービス体系に対する政策提案

(1) 社会救済面における政策と制度設計の完備

①法規救助政策の完備、合理的に協力する機能の完備

精神衛生サービスに関する政策をさらに完備し、精神障害患者の特別救助の立法プロセスを推進し、重度な精神障害患者グループに特別救助実施細則を公布することで、救助条件、救助内容、具

27) 徐建中「全国精神衛生総合管理の実験を通して精神障害患者に利益をもたらす」『社会福祉』2015(6)。

28) 秦特殊・李玲「精神障害患者の主な介護者負担と社会支援の研究」『医薬論壇雑誌』2014, 35(03):35。

体的な救助手順、権利保障などを詳細に規定することを提案する。国情に合った精神障害回復規範と基準を制定し、海外で有効な精神障害回復サービス介護モデル、方法と技術を導入することによって、現在の中国の多くの精神障害患者の基本的な医療問題を重点的に解決することを提案する。また、精神障害患者の救助介護サービス事業は及ぼす面が広く、処理が複雑で、社会的影響が大きい。民政内部では、社会福祉、社会救済、優遇配置、コミュニティ・サービス、ホームレスや物乞いなどの業務の協力機能を確立し、民政精神衛生福祉サービスと関連民政業務の有効なつながりを促進する。外部においては、総合治療、警察、衛生、司法行政、障害者連合会などの多分野との連携を強化しなければならない。救助が必要である精神障害患者に医療救助、教育救助、就職援助、社会福祉などの資源を提供するために、さまざまな方法で工夫することで、精神障害患者の家庭に対して、生活面での支援を提供する。精神障害患者の救助活動を法制化、体系化、操作可能化にすることによって確実に実現していく。

②プラットフォームの建設を推進し資源の共有を強化する

精神障害患者のコミュニティ・リハビリ資源プラットフォームを確立し、コミュニティ精神障害患者に関する情報の追跡記録を提案する。個人情報、医師の投薬情報、家族のメンバー情報など、情報はリアルタイムで補完していく。情報技術の急速な発展に伴い、人工知能技術は社会サービス分野にますます多く応用され、精神障害患者の救助介護業務における技術的なサポートとビッグデータの利用をさらに強化することを提案する。百度が2016年末に発表したAI公益サービス「百度AI捜索人」プロジェクトの報告によると、2020年1月までに、「百度AI捜索人」知能プラットフォームの写真照合は39万回を超え、成功例は10000例を超えている。すでに1万人以上の迷子者が家族を見つけることができた。ホームレス精神障害患者の身元確認が難しく、肉親探しが難しい問題であるが、特に重症精神障害患者の事故が多発し、技術的な融合だけでなく、各地の警察、衛生、民政などの部門もすべての精神障害患者に写真、指紋、DNAなどの情報データベースを作成することによって、全国の各部門間の情報共有を推進する。

(2) 福祉保障面における医療サービス能力の向上

①機構のサポートを強化しインフラ建設への投資を増やす

精神衛生機構の支援と発展に対して、サービスの品質、効率と入手可能性をより重視し、地域衛生計画で合理的に資源を配置する。医療資源とサービス機構の権限移譲を推進することを提案する。民政の精神衛生サービスの中で関係病院の部分を徐々に分離すると同時に、基礎サービスを提供できる養護施設と福祉企業の建設を重点におきながら発展させる。民政の精神衛生福祉施設による工業医療ステーション、農業医療ステーションなどのリハビリ訓練基地を増設し、コミュニティ家庭サービス支援センターを設立することが考えられる。

国際的な経験を参考にして、例えば、フランスは全国で世界的に特色のある精神衛生インフラサービス体系を確立した。精神病院を中心に、コミュニティに独占している精神衛生インフラサービス

モデルは「区分化モデル」と呼ばれ、その主な特徴はコミュニティを地理的位置別に、精神病院の各科に分けてマネジメントを行う。医師と看護師は順番に、あるいは定期的にコミュニティで患者を検査し治療することである。精神病院はコミュニティ内の精神科患者に全面的なインフラサービスを提供し、コミュニティ外来、患者マンション、日帰り入院センター、患者活動所、職業リハビリセンター、精神科救急、精神科病棟と危機介入センターなどを含め、区分化マネジメントの最大の利点は人、財、物を最大限に調和させ、患者の全面的な理解と介護を容易にすることである。

②専門医療スタッフチームの設置を強化する

精神障害リハビリテーションの専門家は、精神科医、臨床心理学者、精神科看護師、精神科の社会人、職業治療師のような医学と非医学の専門家を含めて設置する。例えば、アメリカ精神衛生サービス体系の専門家チームは三つの主要な部分から構成されている。

第一は、特殊な精神衛生保健サービスを提供する専門チーム、心理学者、精神科研究専門家、精神科看護師と社会ボランティアから構成される。

第二は、総合医療サービスを提供する専門チーム、医学専門の訓練を受けたリハビリサービスをサポーターする人員の配置、家庭医師、看護師、専門医師によって構成される。

第三は、ボランティアの支援システム、支援が必要な人たちに教育とボランティアサービスを提供することを目的としている。

現在、中国精神科医療スタッフにおける職業認識レベルが全体的に低く、看護スタッフが不足し、人材の流失が深刻で、専門チームの構成が合理的ではなく、教育水準も低い。臨床介護の強度も各機関において大きく異なり、継続教育と継続医学教育が強化されなければならない。専門医療スタッフの育成を強化し、人材を合理的に配置し、作業環境を改善する。精神科の学生募集規模に関する優遇政策を拡大し、スタッフの給与待遇を高め、有効なインセンティブを樹立することで、介護サービスを提供することを提案する。

(3) サービスの強化と参与の強化

①精神障害コミュニティのリハビリサービスを強化する

中国コミュニティ精神障害リハビリテーションサービスの資源が不足しているため、各地の発展のばらつきをもたした。前述したように、精神疾患コミュニティ・リハビリテーションサービスは「サービス」ではなく、患者の「管理」に限られており、現在、政府自身が重視し始めており、コミュニティ精神衛生組織は次第に設立され、相応のサービスレベルも向上しているが、まだ不足している。コミュニティ内で精神障害患者の治療回復を実現することも国際的に精神障害患者のケアに対する主要なモデルである。

国際的経験から言えば、先進国の精神障害リハビリテーションサービスの発展は「脱機構化」と「コミュニティベース」のリハビリテーションサービスのプロセスを経験した。コミュニティ・リハビリテーションは精神障害患者が生活の自己管理能力と社会適応能力を回復し、最終的に快復され、

社会に復帰する重要な方法である。

例えば、アメリカが1963年に「コミュニティ精神衛生センター法案」を公布し、全国に州立病院より人間味のあるコミュニティ精神衛生センター（CMHC）を設立した。CMHCの発展は数百万人の患者の「脱機構化」の成功例を提供した。コミュニティ精神衛生サービスセンターが提供しなければならないサービスとしては、入院治療、外来治療、24時間救急サービス、半入院治療、心理相談とリハビリ教育であり、これらのサービスには詳細な規定がある。21世紀にアメリカはまた新しいコミュニティ医療モデル「自主的コミュニティ治療」を提案している。重度精神障害患者に応用したコミュニティ・ケアモデルで、主な特徴はコミュニティの中に広く、深く、細かいサービスチームを設置することで、関連する精神疾患インフラを構築し、精神疾患患者が次第に自立生活を回復する能力を助けた。

イギリスは70年代からすでにコミュニティ精神衛生サービスを国家衛生保健システムに組み入れており、プリペイドモデルを通じて全科の医師が精神衛生サービスに参加することを支援し、奨励メカニズムを利用して全科の医師に精神障害患者にコミュニティ精神衛生サービスを提供するように促している。

②専門的社会団体の参与を奨励する

現在、精神障害患者の回復では、専門的社会団体の参与を奨励する体制づくりが非常に不足し、その役割が十分に発揮されていない。社会団体が社会福祉系精神衛生サービス機構を創設することを奨励し、精神障害患者に社会交流、技能訓練、心理指導などのサービスを提供する専門的社会団体が望ましい。特に集中治療、生活介護、リハビリを一体とした重要性精神障害患者養護サービスを提供できる団体は大いに発展させなければならない。

専門のソーシャルワーカーの育成に力を入れ、ソーシャルワーカーの激励、保障制度の確立、ソーシャルワーカーの精神衛生事業に参入することを宣伝し、奨励する。例えば、中国の香港地区では、専門医師、専門看護師、リハビリ師、心理医師、ソーシャルワーカーなどからなるリハビリチームが精神障害患者にサービスを提供している。オーストラリアでも、専門ソーシャルワーカー、全科医師、コミュニティ看護師とボランティアが精神障害患者にサービスを提供し、専門ソーシャルワーカーとコミュニティ医師が精神障害のケースを交流し、患者のリハビリ計画を協力し合い、精神障害患者の救急、リハビリ、看護、長期的な介護とソーシャルワーカーのサービスを相互に支援するサービスモデルを形成している。

③監護責任の強化、家庭支援の強化

関連法律は精神障害患者の監護で家族、村（居民）委員会、地方政府に規定をしているが、精神障害患者の発病時間が長く、治療費用が高く、その行為を制御するのが難しいなどの原因で、多くの家庭は自信と忍耐力を失い、ほとんど有効な監護をしていない。最も基本的な薬物治療も実行しにくく、病状の変動と再発の確率が明らかに増加し、社会の安定と調和の危険となり、コミュニティで監護されている精神障害患者にとって、末端のスタッフが不足しているため、監護が形骸化され

ている。

提案としては、家庭監護の役割を確立し、家庭監護責任制を実行することを樹立する。監護監督主体の範囲をさらに明確にし、保護者の精神障害患者に対する実際の監護状況に注目して介護を行う。保護者の合法的権益が損害を受けた場合、速やかに法的手続きを通じてその権益を保護し、保護者の遺棄、精神障害患者の虐待、監護の空洞化などの状況が発生しないようにしなければならない。保護者が保護者としての職責を履行しない場合や、保護者の合法的権益を侵害している場合は、問責のメカニズムを確立するとともに、保護者がより良い監護責任を履行することを奨励することを提案する。保護者のいない精神障害患者に対して、戸籍所在地や住所地の住民委員会、村民委員会、民政部門は保護責任を負わなければならない。

一方、精神障害患者の家族支援体制を健全にし、家族支援ネットワークを構築し、家族のより良い介護による精神障害患者を支援しなければならない。黒竜江省は警察と衛生部門が主導して、精神障害患者の危険度に応じて赤黄青の三つの等級に分けて、救急治療を分類して処分している。「4の1」モデル（すなわちコミュニティスタッフ1名、コミュニティ精神科医1名、担当警官1名、駐在精神科医1名）でチーム構成をする。患者家族に患者の生活介護責任を履行するように促し、患者の服薬を監督し、定期的にフォローし、疾病の診療を指導する。

また、精神障害患者の社会的機能は侵害されているが、積極的に治療、規則的な服薬をしていれば、依然として一定の社会参加能力を持ち、社会参加は精神疾患の回復に促進と強化の役割を果たしている。特に就学、就職などの生産的活動は精神障害者の回復と生活の質の向上を促進する意義が大きいため、一定の労働能力を保障する精神障害者に積極的に就業することをサポートする。

精神障害患者の個人的需要から言えば、主に疾病治療の需要、生活支援の需要、医療と心理的回復の需要、社会参加の需要の四つの方面が含まれ、社会機能障害が重度な精神障害患者には、長期的なケアと監護介護サービスが必要である。彼らへの救助サービスと福祉保障は面が広く、社会的影響が大きいことがわかり、救急保障政策のメカニズムを完備し、各層のサービス機関の投入を増やし、コミュニティのリハビリサービスを発展させ、専門的な社会事業と家庭への支援を強化するなどの面で継続的に力を入れて、連絡が円滑で、機能の完備、チーム構成が合理的な精神疾患予防治療システムを構築すれば、精神障害患者の救助サービスと福祉保障レベルを根本的に高めることができる。

参考文献

1. 『全国精神衛生工作計画（2015-2020年）』国発弁〔2015〕44号
2. 『重度精神患者管理業務規範（2012）』衛疾控発〔2012〕20号
3. <http://schizophrenia.com/szfacts.htm> (Schizophrenia Facts and Statistics)
4. 黄悦勤「中国精神障害罹患率：疫学現状研究」『北京大学学報（医学版）』2019年
5. 江開達・周東風『精神学』人民衛生出版社（北京）2005年

6. 「精神衛生：新たな理解，新たな希望―」『世界衛生組織 2001 年報告』（海外医学精神医学分冊）2002 年
7. 李衡『コミュニティの精神障害回復管理モデルに関する研究―上海市日光心園を事例に』復旦大学 2013 年
8. 李衛東（ほか）「重症精神疾患患者のコミュニティリハビリテーションの現状と対策について」『中国民康医学』2015 年
9. <http://world.people.com.cn/n/2014/0728/c157278-25352674.html>（人民網「経済協力組織は日本精神科病床数が平均値の 4 倍である」（2014 年 7 月 28 日）
10. <http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/>（民政部「2018 年民政事業発展統計公報」）
11. 秦特殊・李玲「精神障害患者の主な介護者の負担と社会支援の研究」『医業論壇雑誌』2014 年
12. <http://m.people.cn/n4/2018/0709/c204447-11258956>（人民網「2.5 億精神病患者の生存現状」2018 年 7 月 9 日）
13. 王坤『中国精神衛生専門機関の経済運行研究』華中科技大学, 2012 年
14. 維熙・沈漁郵・李淑然（ほか）「中国七地区精神疾患疫学調査」『中華精神科雑誌』1998 年
15. 衛生計画委員会編「全国精神衛生工作計画（2015-2020 年）」国発弁〔2015〕44 号
16. 徐建中「全国精神衛生総合管理の実験を通して精神障害患者に利益をもたらす」『社会福祉』2015 年
17. 張耀斬・黃聞・李淑娟・肖淑芳・夏姆「青少年統合失調症患者の介護者の家族疾患負担現状と社会的支援関連研究」『看護研究』2020 年
18. 趙宇「黒竜江省重症精神患者のサービス管理の新しいモデルを探る」ハルビン工業大学修士学位論文, 2016 年
19. 中国衛生健康委員会編『2019 年中国衛生健康統計年鑑』中国協和医科大学出版社, 2019 年
20. 鄒学銀・成彦・周世強「社会救済型から適度な普遍的福祉へ―精神衛生福祉サービスシステムにおける民政の中核的役割」『社会福祉』2012 年

Welfare Assistance for Mental Disorders in China: Current Situation, Problems and Countermeasures

Tuohan WANG

Wei LEE

ABSTRACT

In recent years, the Chinese government has been focusing on safeguarding and improving people's livelihood, and has continuously strengthened the construction of social welfare security system for the disabled. With the rising prevalence of mental disorders in China, the assistance and welfare guarantee for mental patients have become the shortcomings of the social service system. However, as a special group of disabled people, there is a big gap between the overall living conditions of mental disorders and the average level of society, and some practical problems such as imperfect policies and systems, unreasonable layout, insufficient investment and tight contradiction between supply and demand are prominent. On the basis of combing and analyzing the current situation and existing problems of mental disorder relief in China, this study proposes to establish a relief management system with smooth connection, perfect function and reasonable structure from the aspects of government, society and family, improve the relief system for mental patients, and promote the improvement of relief service and welfare security system for mental disorder patients.

