

中国・洛陽編

中国・洛陽編 目次

1	中国国民はどのように医療を受けているか？	2
2	中国の救急医療	3
3	医師、看護師等	4
4	医療提供体制	5
5	医療保険制度	8
6	(資料) 中華人民共和国精神衛生法	13

《「中国・洛陽編」全般に関する注》

「中国・洛陽編」は、以下のようにして作成・編集されたものです。

- 1 日本国岡山県精神科医療センターにて収集した、主として日本語による文献に依拠し、日本側で原案を作成。依拠した文献を、「7」に列挙します。
(この原案は、日本語文献に依拠していることから、内容の正確さや情報の新しさの面で不十分なものでした。)
- 2 その原案を日本側でバイリンガルの翻訳者の手を通じて中国語に訳出。
- 3 その中国語訳を河南科技大学第五附属病院にて査読。査読作業は、「1」に記載した不十分な点を是正すること、すなわち、現在の中国の実情が正確に反映されていない点の修正、データのより新しいものへの更新などを、最小限の範囲で速やかに行うことを旨としました。
- 4 査読後の中国語テキストを日本側でバイリンガルの翻訳者の手を通じて日本語に訳出。
- 5 その日本語訳を、日本側の編集責任者が査読して、文体を整理するなど最終調整。
- 6 以上の手順により作成・編集されたものであるため、今後、内容面の充実を期すべき点が多いものとなっています。
- 7 依拠した文献

作成の第一段階で依拠した文献を以下に列挙します。

①外務省在外公館医務官情報（2013年1月時点）

②「中国医療関連データ集【2011年版】」（2011年度医療経済研究機構自主研究報告書。中国医療保障制度に関する研究会編。発行：一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会。2011年8月）のうち、「中国医療保障制度概要【2011年版】」の部分。（本文中「文献2」と略記。）

※ 当該報告書は、医療経済研究機構内に設けられた「中国医療保障制度に関する研究会」（座長：林謙治 国立保健医療科学院長（当時））のもとで作成され、引用部分の実質的な内容は、吉田次郎兵衛 茨城大学人文学部非常勤講師（当時）（2014年1月現在は帝京大学経済学部准教授）が執筆されました。

③一般財団法人海外邦人医療基金（JOMF）のニュースレターに2007年11月～2010年11月の間に連載された、田中健一氏（北京天衛診所勤務。中国の歯科認定医資格を持つ歯科医師）による「北京の街角から ～中国医療現場からの報告～」(本文中「文献3」と略記。)

④中華人民共和国政府のウェブサイトに掲載の「中華人民共和国精神衛生法」の中国語テキスト。

※ ②③については、文献の引用（ただし、原文をそのまま引用するのではなく、原意を損なわない範囲で本便覧の編集者による文章の調整などの一部変更を加えた形での引用）を行うことにつき、文献発行元の団体を通じて文献執筆者のご了解を得ています。）

※ 本便覧のうち、文献2、3に基づいている旨が記載された箇所については、無断引用を禁じます。

1 中国国民はどのように医療を受けているか？

中国で、病院を受診するときには、まず受付窓口（挂号处：guà hào chù）へ行きます。ここで、受診する科を決めるとともに、受付費（挂号费：guà hào fèi）を支払います。第3章「医師、看護師等」の章で述べるように、医師には序列（高い順に主任医師、副主任医師、主治医師、医師など）があり、受診者はどの序列のどの医師の診察を受けるかを特定して受付費を支払います。挂号費は、たとえば、主任医師を選択すると〇〇元、主治医師だと△△元、など、医師の序列によって値段が異なります。

救急受診の場合は、急診費（急诊费：jí zhěn fèi）を支払います。入院や検査が予定されている場合は、入院病棟や外来受付に保証金や検査費を支払います。この金額は、予定される検査内容や、入院見込期間に応じて異なり、また、病院によっても異なります。高額な検査や長期入院が想定される場合には、この保証金も高くなります。

なお、以上のような従来の方式に替わって、現在では、「診察が先、支払いは後」のシステムが全国の大部分の地域で実施され、患者への医療サービスは大幅に向上しています。

従来の方式では、患者は、挂号处で受け取った挂号費の領収書を、受診する科の外来受付に持って行き、自分が選択した医師の診察を受けます。診察は、挂号处で受け付けた順番に行われます。

医師が診察して検査（血液検査、画像検査など）や投薬が必要と認めた場合は、受診者にその旨を記載した明細書を渡します。受診者は、この明細書を持って支払窓口（收费处：shōu fèi chù）に行き、明細書に書かれた検査、投薬等の費用を支払います。これには検査費、薬剤費に加え、処置室の使用料が含まれます。支払窓口で支払いを済ませると、領収書が発行されます。外来で検査を受ける場合は、この領収書を再び外来受付に持って行って検査を受けます。薬は、通常、院内で処方されますが、薬を受け取る時も、院内の薬局でこの領収書を示して受け取ります。

最近、洛陽市では、全医療機関の情報化が実施され、この明細書の内容を医師が診察室で入力すれば支払窓口、薬局等はその情報が届くような院内電子情報システムが採用されています（河南科技大学第五附属医院、洛陽市第一中医院では、このようなシステムが既に導入されています）。この場合は、患者は、自分のID番号、氏名、診察医氏名などだけを書いたスリップを診察室で受け取って、支払窓口でこれを提示します。

2 中国の救急医療

(文献3を参考にして記述しています。)

(1) 救急搬送

救急車(急救車: jí jiù chē)を呼ぶには、洛陽では「120」番に電話します。救急車は病院が所有するものです。洛陽市では救急救命センターを中心に、全市の管轄行政区域にわたる救急ネットワークが構築され、加入している救急対応可能な二級、三級病院が救急医療を担当しています。

救急車を呼ぶため「120」に電話すると、一番近い救急病院に救急車の出動要請の連絡がなされ、一番近い病院または患者の病状によってその家族の希望する病院に搬送します。救急車には国の規定に基づく救急設備、薬品が搭載され、救急担当の医師、看護師が同乗します。

(2) 救急外来

救急外来を受診するときは、原則として「治療が先、支払いは後」となります。

洛陽における治療費の内訳の一例を下に示します。

細菌性食中毒によって救急受診した際の治療費(1日当たりの目安、単位は中国元)

- ・受付費: 4.5 元
 - ・留観費: 15 元 (注)
 - ・治療費: おおよそ 142 元
 - ・注射費: -
 - ・手術費: -
 - ・(カラー)超音波検査: 80 元
 - ・X線(DR)検査: 70 元
 - ・常規検査: 17 元 (注)
 - ・生化学検査: 309 元 (注)
 - ・西薬: 311.02 元
 - ・中成薬: -
 - ・中薬: -
- (合計 : 948.5 元)

(注)「留観費」は、救急で処置を受けたときの看護要員の人件費やベッド使用・管理料などの費用です。「常規検査」は、血液一般検査のことです。特殊な検査と区別するためにこの名称が用いられます。生化学検査は、肝炎ウイルスの抗原・抗体5項目、肝機能、腎機能等の血液生化学、尿10項目、便の一般検査・潜血検査を含みます。

3 医師、看護師等

(※ この項は、表を含めて「文献2」に基づいています。)

中国では診察を行う医師や、看護を行う看護師の職位によって医療費が異なります。医師には、職位名として、高い準に主任医師、副主任医師、主治医師、医師のランクがあります。看護師にも、主任看護師、副主任看護師、主管看護師、看護師というランクがあります。

この根拠となっているのは、1986年から導入された専門技術職招聘任命制度です。これは医療分野に限らず、多くの分野の専門技術職について、職種ごとに職位の等級とその呼称が定められています。医療・衛生部門においても、1986年3月15日、中央職称改革工作領導小組が「衛生技術人員職務施行条例」を発令し、表に示すような医療技術者の等級別職名が定められました。

表 医療技術者の等級別職名 (出所) 衛生部提供

職務	高級	副高級	中級	初級	人員級
医療, 予防, 保健	主任医師	副主任医師	主治(主管)医師	医師	医士
中薬, 西洋医薬	主任薬剤師	副主任薬剤師	主治(主管)薬剤師	薬剤師	药剂士
看護	主任看護師	副主任看護師	主治(主管)看護師	看護師	看護士
その他 衛生技術	主任技師	副主任技師	主治(主管)技師	技師	技士

医師や看護師の免許を取得した後も、高い技術や診断能力を持った医師や看護師になるため、医療従事者は時間と費用を使って学会や研修会に参加し研鑽を積みます。そして、上の職位を得るための英語や専門技能試験に合格することを目指していきます。

どの病院の受付にも名前、顔写真、専門、職位そして指名料を掲載した看板が掲げられています。挂号費は、副主任医師では4.5元、主任医師では5.5元です(2013年12月31日現在の洛陽市での例)。

4 医療提供体制

(※ この項は、表を含めて「文献2」に基づいています。)

中国では、病院に等級区分があり、これを病院の「分級管理」と呼んでいます。その概要は、以下の表のとおりです。

表 病院の等級と審査機関 (出所) 衛生部提供

病院の等級	審査・決定機関
3級特等	国家衛生・企画生育(出産)委員会
3級甲、乙等	省、自治区、直轄市衛生庁(局)
2級甲、乙等	省轄市衛生行政部門
1級甲、乙等	省轄市衛生行政部門

こうした病院分級管理の根拠となっているのは、1989年11月29日に衛生部が発出した「『病院分級管理方法(試行)』の実施に関する通知」です。その通知には、概略、以下のことが記載されています。

《通知内容概略》

・病院分級管理の目的は、病院評価を通じて、目標の明確化、配置の合理化、規模の適正化、組織機構の改善、役割分担の明確化、機能の向上を促進し、効率的な医療サービス体系を構築し、科学的、規範的、標準的な分級管理を実施すること、そして、三級医療・予防体系を調整して向上させ、その総合的機能を増強し、医療資源を合理的に利用し、病院管理水準と医療の質を高め、人民のためのより良い健康サービスを提供することである。

・中国では、病院は、行政区画、系列関係、産業部門ごとの所有・設立・管理がなされているが、資源が有効活用されているとは言い難い状況であった。分級管理の実行、正確な指導を推進することにより、この問題を効果的に克服していく。近年における医療、医薬品、衛生分野における改革の不断の推進により、各級の衛生行政部門は社会全体の発展計画と整合した病院級別計画を立て、医療に対する社会の需要を最大限に満たそうとしている。

・非営利医療機関の診療報酬については、政府が提示する指導価格を基礎として、等級ごとの基準額、省市県ごとの三級基準額が制定されている。各医療機関はその上限を超えない範囲において、状況に応じて診療費の価格を設定する。(通知内容概略の紹介おわり)

各病院の等級決定審査を行う機関は、「医療機関評価審査委員会」と呼ばれています。その運営は、2011年に衛生部が公布した「医療機関評価審査暫定方法」で示された要綱に基づき、概略、以下のことが定められています。

・国家政府衛生部門が医療機関に対し1級から3級の等級を決定する。
・医療機関評価審査委員会が各級に甲、乙の等級を付け、その等級を担当する委員会の報告と結論に基づき、その等級もしくは一つ上の等級に呼応するレベルの政府衛生部門が審査と承認を行う。最も水準の高い3級特等は、国の衛生部が評価審査する。

病院の分級基準については、2010年11月に、日本の日中医学協会の中国医療事情視察団が調査をしています。その報告書に掲載された表を次ページに引用します。

表 病院の分級管理基準

病院の級		1級	2級	3級
定義		一定の人口を持つ社区(地域社会)に予防、医療、保健、リハビリサービスを提供する末端の病院や衛生院	複数の社区に総合的に医療衛生サービスを提供し、ある程度の教育、科学研究任務を行う地域病院	複数の地域に対して高度で専門性の高い医療衛生サービスを提供し、高等教育、科学研究任務を実施する病院
設備	病床数	22~99床	100~499床	500床以上
	設置科	<p>臨床系</p> 救急科、内科、外科、産婦人科、予防保健科	<p>臨床系</p> 救急科、内科、外科、産婦人科、予防保健科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、口腔科、皮膚科、伝染病科	<p>臨床系</p> 救急科、内科、外科、産婦人科、予防保健科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、口腔科、皮膚科、伝染病科、中医科、リハビリ科
	技術系	薬局、化学検査室、X線検査室、消毒室	薬局、化学検査室、放射線科、理学療法科、消毒室、手術室、病理室、血液保管室、カルテ室	薬局、化学検査室、放射線科、理学療法科、消毒室、手術室、病理室、核医学科、輸血科、カルテ室、栄養部、その他必要な機能検査室
人員	医療技術者	1ベッド当たり0.7名	1ベッド当たり0.88名	1ベッド当たり1.03名
	医師	3名以上(1名は講師以上)	准教授以上の医師を最低3名(各科には講師以上を最低1名)	各専門科に准教授以上の医師を配置
	看護師	5名以上	1ベッド当たり0.4名	1ベッド当たり0.4名
	その他	薬剤師、検査技師、放射線技師の必要相応数	薬剤師、検査技師、放射線技師の必要相応数	薬剤師、検査技師、放射線技師の必要相応数、少なくとも2名の臨床栄養士

(出典) 公益財団法人日中医学協会中国医療事情視察団、「中国の医療事情」、『笹川医学奨学金進修生同学会学術交流会《資料集》』13~14頁。

経営上および税制上、医療機関は非営利医療機関と営利医療機関に大きく分けられます。

非営利医療機関は、社会・公衆の利益のためのサービス提供を目的として設立・運営されている医療機関を指し、病院が請求する医療費は、営利目的ではなく医療サービス費用の補填が目的とされています。非営利医療機関の最も大きな部分を占めるのが公的医療機関、すなわち各級政府の衛生部門、省政府、市政府、郷鎮政府、村政府に属する医療機関です。次に大きな比率を占めるのが事業単位と国有企業の付属医療機関です。計画経済体制期には鉄道、運輸、通信の部門、大型国営企業は独自に医療機関を設立していました。これらの多くは現在でも運営されています。また、中国人民解放軍後勤部所属の医療機関もあります。こうした医療機関は、計画経済体制下では所属の労働者や軍人のみが受診できる医療機関でしたが、改革開放後は一般市民にも開放されています。

営利医療機関は、医療サービスから得られる収入を、投資者の経済的利益に用いてよいとされている医療機関です。政府が直接営利医療機関を運営することは禁じられています。近年、政府は私営による医療機関の設立・経営、公的病院との共同経営を勧奨しています。様々な組織と個人により営利医療機関が設立され、非営利医療機関と営利医療機関が並立しており、適用される健康保険の種類も多岐にわたります。

5 医療保険制度

(※ この項は、「文献2」に基づいています。)

(1) 医療保障制度の発展経緯と現在の医療保険制度

中国の医療保障制度は、発足当初から都市部と農村部とは異なる制度として設計され、その時々々の政治情勢、経済情勢により調整・変更を受け、今日に到っています。特に、1978年の第11期中央委員会第3回全体会議（3中全会）以後、中国の政治・経済体制は大きな改革の時代を迎え、この中で、都市部、農村部それぞれに相応しい医療保障制度の形成が図られました。このうち、都市部では、所属単位（組織）を基礎とした従来の労働者の医療保障制度を、また、農村部では、人民公社を経済的基礎とした従来の合作医療制度を、徐々に市場経済化に適応した制度へと改革することが課題となりました。ここでは、A. 都市部、B. 農村部に分けて、それぞれの発展の経緯にも触れながら、現行制度の内容を簡潔に説明していきます。

A 都市部

▶公費医療給付制度

1952年、国務院は「国家工作人員公費医療給付予防実施方法」を承認し、公費医療給付制度の基本的な運営方法を決定しました。公費医療給付制度は、国家（党、政府）と医療衛生事業単位（組織）の労働者及び大学生を対象とする医療保険制度として徐々に制度化されていきました。それは、党職員や公務員に対する供給制の一環として制定され、各級政府が公費医療給付制度の主要財源を賄い、財政的に安定した運営がなされていました。設立当初より保険料全額免除で、治療費、薬剤費、入院費、手術費など全て無料でした。

この制度の根幹をなす、加入対象、医療財源、指定病院制度などは、改革開放後も基本的に引き継がれました。加入資格条件は、全国の各級人民政府、党派、団体の職員、国家予算で給与が支給されている各級政府の教育・文化、医療衛生等の事業単位の職員、革命傷痍軍人、工作隊員でした。団体職員の中には、中華総工会を頂点とする工会（労働組合）の職員も含まれ、正規加入することができました。

この制度は、その時々々の政治情勢により資格条件に幅をもって運用され、対象者が増加し続けました。国務院は、資格要件を厳格にするよう通達を出しましたが、効果は限定的なものでした。受診先は指定制で、多くは1~2の指定医療機関で受診し、そこで治療できない場合は、他の医療機関へ紹介されました。医療財源は、財政予算に組み入れられて衛生部門により管理され、安定しており、医療費は、全額に近い額が所属単位（組織）により支払われていました。こうした制度運営の中で、公費医療給付制度費は増加の一途をたどりました。

改革開放後、支出超過の問題が顕在化し、1978年には医療費抑制政策が導入されました。具体的には、医療費の支出状況の審査と資金管理の強化、加入資格審査の厳格化、療養の申請に対する審査・許可基準の明確化などが行われました。こうした抑制政策にもかかわらず1980年代以降も医療費はさらに増加し続けることとなりました。こうした経緯を経て、公費医療給付制度は、後述する都市労働者基本医療制度へと発展・統合されていきました。

▶労働者医療保険制度

建国後設立された労働者医療保険制度は、発足時「100人以上の国営企業、公私共同運営企業、私営企業、合作社が運営する工場、鉱工業現場、その他の付属単位、鉄道、運輸の公営企業単位及びその付属単位」で実施されました。財源は、1953年には、各単位における賃金総額の5~7%が労働者医療保険制度経費として生産コストに積算され、制度運営に充てられていました。実施対象となる単位（組織）を制限したのは、次の理由からです。

- ・ 国家財政に限りがあったこと。
- ・ 社会保障制度に対する経験が不足しており「重点試行、逐步普及」がうたわれたこと。
- ・ 100人以上の単位は比較的経営が安定しており、保険費用の支払い能力があり、基金の管理組織、工会（労働組合）組織も安定しており、単位の組織力を用いて政策の実施が可能と見込まれたこと。

この労働者医療保険制度は、改革開放後も存続しましたが、単位の経営状態により給付割合が左右され、経営が悪化した単位では、労働者が本来単位から支払ってもらえるはずの立て替え医療費の領収書が未払いのまま残るといふ、いわゆる医療費の「白条化（無効化）」問題が生じたりしました。また、100人以下の単位で就労する労働者、非正規雇用の労働者は加入資格がなく、労働者の扶養家族が正規加入できないという問題もありました。

被保険者の受診先は、計画経済体制の中では、単位ごとに幾つかの特定の医療機関のみを受診する慣行がありましたが、改革開放後は、市場経済化の進展によりその垣根がなくなりました。

国有の医療機関を含め、各医療機関は利益増大を目指すようになり、診療報酬請求に対し、審査機関が医療技術水準と医療費の審査をできる体制が十分に整わない中で、医療衛生分野も経済市場化の波に洗われていきました。

1984年、第12期中央委員会第3回全体会議が「経済体制改革に関する決定」を打ち出し、企業の経営管理体制が大きく変わり、企業が利益を内部保留することが肯定されました。このとき、企業が内部留保した利益を財源とする労働者福利基金が設けられることになり、この中には、労働者医療保険制度基金が含まれ、賃金総額の5.5%を徴収するようになりました。

しかし、労働者医療保険制度基金は、各単位別に編成されているため、所属単位の経営状況により給付内容が大きく異なる原因ともなりました。労働者医療保険制度の存続を揺るがす重要問題は、退職労働者の医療費の増加と大病の治療に要する高額医療費でした。

こうした状況により、従来の単位別の医療保険財政の運営では、給付割合が0%から100%という著しい格差が生じ、社会的不満が高まり、「没有社保什么是社会主义国家（社会保障がなくて何が社会主义国家だ）」という声も聞かれるようになり、医療保障制度の再構築が必要となりました。

▶都市労働者基本医療制度

1989年、国務院は、「国家体制改革委員会1989年経済体制改革の重点」を承認し、この中で、遼寧省丹東市、吉林省四平市等で医療保険制度改革実験を実施すること、広東省深圳市、河南省で社会保険総合改革実験を実施することを決定しました。改革の主要な内容は、退職労働者の医療費と、高額医療費を医療保険の対象とすることで、この実験事業以後、労働者の医療保険制度は新局面を迎えました。

1990年代後半になり、経済のあらゆる分野で市場経済化が進む中で、それまでの労働者医療保険制度は次のような問題を抱えていました。すなわち、薬剤費を中心とした医療費の高騰が医療保険財政を圧迫しているにもかかわらず有効な抑制システムが欠如していたこと、所属単位（組織）の経営状態によって医療保障の範囲や給付割合が異なり中には医療保障が全くできない単位も出現するなど社会的不平等が顕在化したこと、などです。

こうした中で政策・財政能力のある都市、例えば北京市は、試行錯誤の中で大病共済制度の充実を図り医療保障における社会的格差の是正に努め、1995年にはこの制度を全市的に展開することを決定しました。この中で指定病院制度、高額治療の所属単位への事前申請制、失業労働者の制度への編入、対象労働者の拡大など制度の改善努力を続けました。

1998年12月14日、国務院は、都市労働者を対象とした新しい医療保険制度を全国的に展開することを決定し、「国務院の都市労働者基本医療制度に関する決定（国発1998年第44号）」を発令し、これに基づき各地でそれぞれの地域に適した方法で制度が整備されていきました。他方で、審査能力の弱い診療報酬審査機関の教育研修、支払われる医療費の7割以上を占める薬剤費の抑制政策の整備などが課題として残されていました。

都市労働者基本医療制度の特徴を、4つの観点から概観してみます。

①加入の単位

加入は義務的で、加入の単位は、企業（国有企業、集団企業、外資系企業、私営企業など）、事業単位（公営の学校、病院）、各種社会的団体、民間企業組織とその労働者、共産党職員、公務員とされた。

②保険料負担と管理組織

保険料として、雇用単位が労働者賃金総額の6%前後、労働者が本人賃金の2%を納め、経済発展に応じて掛金率が調整される。管理組織として、原則的には地区級以上の行政区（地区、市・州・盟を含む）が保険制度の事務機関となる。

③基金

個人積立金口座と医療保険計画基金から構成される。個人が納入した保険料は、全て個人積立金口座に入金される。雇用単位が納入した保険料は医療保険計画基金と個人積立金口座に分けて入金され、このうち個人積立金口座に納入されるのは一般に30%前後で、より具体的には所轄する政府が個人積立金口座の支払い内容及び納入者の年齢などによって決定する。

④保険金支払開始基準額と上限額

医療保険計画基金の支払開始基準額に満たない金額は、個人積立金口座より支出されるかもしくは自己負担になる。支払開始基準額以上、上限額以下の医療費は自己負担割合以外に医療保険計画基金より支払われる。支払開始基準額と上限額の設定は、所轄する政府が収支平衡の原則に基づき、収入額に応じて行う。

▶都市住民基本医療制度

国務院は、2007年、「国務院の都市住民基本医療制度の試行に関する指導的意見（国発2007年20号）」を発令しました。この制度の社会的背景は次のように説明されています。

「党中央と国務院は、広大な人民大衆の医療保障問題を高度に重視してきた。1998年我が国は、都市労働者基本医療制度の設立を開始し、その後、新型農村合作医療制度の試行に着手し、都市と農村の医療救済制度を設立した。目下医療保障制度がなされていないのは、主に都市の非就労住民である。都市と農村の全住民を対象とする医療保障体系の設立という目標実現のため、国務院は本年より都市住民基本医療制度の試行を展開する。」

この制度を、2007年から開始して2009年までに全国の80%以上の都市で試行、2010年には全国的に展開することが計画されました。改革開放を底辺で支えた農民工（出稼ぎ農民労働者）達は、都市労働者基本医療制度に入れない場合には、この都市住民基本医療制度に加入すれば無保険状態から開放されることとなりました。他方で、契約した企業の経営状況による影響や、農民工が転居した場合の移行などに問題を残し、このため、雇用・社会保障部、衛生部、財政部は、2009年12月31日、「流動就業人員の基本医療制度記録移転手続暫行弁法」を発令しました。この法律は全ての公的医療保険を対象とし、特に農民工においては、都市での就労時、都市住民基本医療制度に加入していれば、他都市へ転勤した場合には資格の移行が、農村に帰郷した場合は新型農村合作医療制度への転入が可能、というもので、都市と農村の戸籍制度の垣根を越えた画期的な政策が展開されることとなりました。

2011年段階では、この制度は、地域の実情にあった資金調達計画、合理的な管理体制、規範的な運用制度の模索・改善が行われている段階です。ここでは、2007年の国務院の「国務院の都市住民基本医療制度の試行に関する指導的意見（国発2007年20号）」を中心にこの制度の特徴を述べてみます。

①加入範囲

都市労働者基本医療制度の保険対象に属さない小中学校の児童・生徒、職業高校・専門学校生徒、非就労の都市住民が全て戸籍制限をされず自由加入できる。

②資金調達水準

資金調達水準は、当該地域の経済発展水準、成年と未成年の基本医療に対する要求、世帯と地域財政の負担能力を考慮して適切な水準が設定される。

③補助金

保険料は世帯が納付し、政府は適当な補助金を交付する。また、条件の許す単位は、所属労働者の家族加入のための保険料に補助金を支給しても良いとされる。政府は、1人当たり40元の補助金を支給する。労働能力を喪失した重度身体障害者、低収入家庭の60歳以上の老人などの生活困窮住民の世帯保険料に対しては、政府は1人当たり60元以上の補助を支給する。中央財政は、西部地区に対して1人当たり20元の補助金を支給し、その他の地域では、東部地区での新型農村合作医療制度の補助方法を参考にして適切な補助金を支給する。

④ 給付内容

都市住民基本医療制度には、医療保険計画基金のみがあり、個人積立金口座制度はない。被保険者の入院費と外来での大病医療費が基金の主な支給対象となる。基金給付割合は、原則上、都市労働者基本医療制度の額以下、新型農村合作医療制度の額以上とされ、一般に50%~60%であるが、全国統一的な具体的給付規定はない。

B 農村部

▶合作医療制度

文化大革命期末までに、全国の大多数の生産大隊（人民公社の下級組織）において合作医療制度が組織されました（1979年には90%以上の生産大隊で組織）。

1981年以降、農村経済体制の改革が進む中で、改革開放経済路線における人民公社の不具合が指摘され、家庭生産連動請負責任制が導入されるに伴い、人民公社は徐々に解体され、合作医療制度は経済的基盤を失いました。組織率は年々低下し、1989年には4.8%にまで下落しました。

巨大な人口を擁する農村の医療保障は社会政策上大きな課題となり、1985年には世界銀行の指導の下、四川省簡陽県、眉山県で「中国農村健康保険実験研究」が実施され、自己負担制度の導入を大きな柱とするこの「実験」が改革開放後の合作医療制度の基礎となりました。

改革開放後の合作医療制度の内容は、上記のように、合作医療制度が90%以上の生産大隊で組織されていた1979年頃、組織率が4.8%にまで下落した1989年頃、合作医療制度の再構築が進められた1990年代とで異なり、また経済が発展している地域とそうでない地域との間でも異なっています。以下に、制度の特色、概要、問題点を概説します。

①政治体制による影響

文化大革命期には、強い政治指導により農村における合作医療制度が全国的に展開されました。改革開放後の1980年代になると、農村幹部にとって合作医療制度に積極的に取り組む動機は薄れ組織率が著しく低下しました。1990年代に入り「因病致貧（病気による貧困化）」が社会問題化し農民の不満が増大すると、制度を再構築する様々な試みを実施されるようになりました。

②財政

改革解放前は人民公社の公金により運営されていましたが、人民公社の解体とともに財政基盤が失われました。また合作医療制度が急速に普及した文化大革命期には自己負担が殆どない制度であったため、農民から保険料を徴収することは極めて困難な課題でした。再組織化においては、いかに収入を確保するかが重要な課題となり、その解決方法は地区・組織によって様々でした。政府、集団経済組織、農民の出資比率についての方針も明確ではありませんでした。

③農村における基礎保健衛生事業の展開

合作医療制度は、郷村医師を雇用し村の衛生室を運営し基本医療と保健衛生業務を担い、地方病、結核、新型インフルエンザ、エイズなどの予防において中央政府の予防政策を実施するための基礎組織となりました。

④医療サービスを受けられる場所

合作医療制度で給付される医療費は、村衛生室、郷鎮衛生院の医療費が中心でした。県(区)病院で受ける医療までは対象とされたとしても、より医療水準の高い都市の3級甲等級病院での医療費まで給付対象とするには財政力が足りませんでした。

1990年代には、合作医療制度の課題として、財源の多様化、患者自己負担率の引き上げ、保険制度の増強、医療衛生資源の有効活用、基金管理制度の改革と管理能力の向上、上級医療機関への患者紹介制度の健全化などが挙げられていました。

こうした中で、農村部の医療保障は、次項で述べる新型農村合作医療制度へと改編されていきます。

▶新型農村合作医療制度

市場経済化の中で、農村間の経済発展の地域格差が生まれ、また農民間での貧富の差も拡大し、貧しい農民は、合作医療制度に加入したくても出資能力がないという状況に陥りました。農村社会内部では、建国当初のような人民相互間の互助観念が淡薄になり、その結果、貧しい農民の中には「因病致貧（病気による貧困化）」に陥るもの、或いは医療機関での治療を諦めざるを得ないものが多数にのぼりました。こうした中で、衛生部、財政部、農業部は、2003年1月10日「新型農村合作医療制度設立に関する意見」を作成し、國務院弁公室が同月、これを承認・発令（国発2003年3号）しました。

この制度は、政府が組織し、希望する農民が加入するもので、農民個人、集団、政府が出資して大病の際の医療費負担軽減を主眼とする医療互助共済制度という性格のものでした。2003年より各省、自治区、直轄市で2～3の県(区)、(市)を選択して試行することにより運用経験を積み、2010年までに基本的に全国の農村住民を対象とする制度としていくこととされました。

この制度は、次の3つの点に特徴が見られます。

①管理組織

県(区)を単位に、統一資金調達管理が行われます。県(区)級人民政府は、関係部門と農民代表からなる農村合作医療管理委員会を組織し、調整・管理・指導を担います。委員会の下に設けられた事務機関が運営管理業務を担い、その人事は県(区)級人民政府が行い、その管理費は、同級の人民政府の財政から支弁され、農村合作医療制度基金からは支出されません。

②保険財源

新型農村合作医療制度の保険財政は、次の2つの財源より構成されます。

a) 個人保険料

農民個人が納付する保険料は、年額60元以上とされます。

b) 政府財政補助金

国と省の統一規定により、2013年の1人平均の保険財源額は340円で、そのうち、国、省、県による補助金の合計は280元、農民加入者の個人納付額は60元になります。県より生活保護者に60元、低収入者に20元の個人納付額を免除し、その他の生活困難者には他の方法で補助を行います。

③給付内容

入院医療費と大病医療費が保険給付の主な対象となります。各省・自治区・直轄市は、農村合作医療で対象となる基本医薬品目録を制定します。

6 (資料) 中華人民共和国精神衛生法

中国では、2013年5月1日より「中華人民共和国精神衛生法」が施行されています。

同法は中国における精神科医療の動向を理解するうえで重要なものであり、本章ではその全文を引用して掲載します。

中華人民共和国精神衛生法

(中華人民共和国主席令第62号)

「中華人民共和国精神衛生法」は、第11期全国人民代表大会常務委員会第29回会議を10月26日通過し、同日公布された。同法を2013年5月1日より施行する。

中華人民共和国主席 胡錦濤

2012年10月26日

第一章 総則

第二章

第一条 精神衛生事業の発展、精神衛生事業体系の規範構築、精神障害者の合法的権利保護のため、本法を制定する。

第二条 中華人民共和国国内において、国民の精神的健康の保持・増進、精神障害の予防・治療、精神障害者のリハビリテーション推進活動を実施するに当たっては、本法を適用する。

第三条 精神衛生事業は、予防中心を旨とし、予防・治療・リハビリテーションの総合的実施の原則を堅持して行う。

第四条 精神障害者の人格・尊厳、人身と財産の安全を侵害してはならない。

精神障害者の教育、労働、医療および国家と社会から得られる物質的支援等の合法的権利は、法律により保護される。

関係者(単位すなわち様々な組織、および個人)は、精神障害者の氏名、肖像、住所、工作单位(勤務先)、病歴資料、その他の身分の推測が可能な個人情報の秘密を守らなければならない。ただし、法に基づき職務を履行するために必要な情報公開は除く。

第五条 社会全体は、精神障害者を尊重し、理解し、愛護しなければならない。

いかなる組織、個人も、精神障害者への蔑視、侮辱、虐待または精神障害者の身体的自由に対する不法な制限をしてはならない。

報道、文学芸術作品等は精神障害者を蔑視し、侮辱する内容を含んではならない。

第六条 精神衛生事業は、政府が企画・主導し、各担当部門がそれぞれ責任を負い、家庭と単位(所属組織)が全面協力し、社会全体が共同参画した総管理体制により行われる。

第七条 区以上(注:中国の「县」は「市」の下の行政区域で、日本の「区」のイメージに近い。以下、本稿では「县级以上」を「区以上」と訳す。)の人民政府は、精神衛生事業を主導し、これを国民経済計画と社会発展計画において位置づけ、精神障害の予防・治療・リハビリテーションの事業体系を整備し、精神衛生事業に係る健全な協調と責任の体系を確立し、様々な関係部門が受け持つ精神衛生事業に対し評価・監督を行う。

郷鎮(農村部における「区」より下の小行政区域)の人民政府と町内会事務所は、当該地区の実情に即し、精神障害の発生予防、精神障害者のリハビリテーション促進等の事業を組織的に展開する。

第八条 國務院衛生行政部門は、全国の精神衛生事業を主管する。区以上の地方人民政府衛生行政部門は、当該行政区域の精神衛生事業を主管する。

区以上の人民政府の司法行政、厚生、公安、教育、雇用・社会保障等の部門はそれぞれの職務の範囲内における精神衛生事業を担当する。

第九条 精神障害者の監護人は、その監護責任を履行するとともに、精神障害者の合法的権利を守らなければならない。精神障害者への家庭内暴力および精神障害者の遺棄を禁止する。

第十条 中国障害者連合会およびその地方組織は、法律や法規に基づきまたは政府の委託を受けて、社会資源を動員し、精神衛生事業を展開する。

村民委員会(農村部の住民組織)、住民委員会(都市部の住民組織)は本法の規定に基づき精神衛生事業を展開するとともに所在地の人民政府が展開する精神衛生事業に協力する。

国は、工会(労働組合)、共産主義青年団、婦女連合会、赤十字会、科学技術協会等の団体が法律に基づき精神衛生事業を展開することに対し奨励・支援する。

第十一条 国は、精神衛生専門人材の養成、精神衛生従事者の合法的権利の保護、精神衛生専門チーム構築の強化に対し奨励・支援する。

国は、精神衛生科学技術研究の推進、現代医学・中国伝統医学・心理学の発展、精神障害の予防・診断・治療・リハビリテーションの科学技術水準の向上に対し奨励・支援する。

国は、精神衛生分野の国際交流・国際協力に対し奨励・支援する。

第十二条 各級人民政府（市以上の財政権限をもつ規模の大きな自治体人民政府から「村人民政府」など隅々の人民政府までを全て含む用語）と、区以上の人民政府の関連部門は、組織や個人による精神衛生ボランティア奉仕活動、精神衛生事業への寄付、精神衛生公共施設の建設に対し、奨励・支援の措置を講じなければならない。

精神衛生事業において特に優れた貢献をした組織、個人に対し、国の関連規定に基づき表彰、奨励を与える。

第三章 精神的健康の増進と精神障害の予防

第十三条 各級人民政府と、区以上の人民政府の関連部門は、精神的健康（中国語では「心理健康」という。以下、訳文でも適宜、成句として「心理健康教育」等の語を用いる。）の増進と精神障害の予防に係る事業を強化し、国民の精神的健康の水準を向上させる措置を講じなければならない。

第十四条 各級人民政府と、区以上の人民政府の関連部門は、突発事件への応急対応指針を制定するときは、心理的援助の内容を盛り込まなければならない。突発事件発生の際には、その突発事件への対応の一義的主導責任を負う、または対応の企画・実施をになう人民政府は、その突発事件の具体的状況に即し、応急対応指針の規定に則して心理的援助を組織的に展開しなければならない。

第十五条 人員を雇用する単位（組織）は、職員の心身の健康に有益な職場環境を創造し、職員の精神的健康に注意を払わなければならない。また、在職期間における特定時期または特殊業務に携わる職員に焦点を定めた心理健康教育を行わなければならない。

第十六条 各級各類学校は、学生に対し精神衛生知識の教育を行わなければならない。心理健康教育を担当する教員・指導員を配置または招聘し、併せて心理健康指導室を設置するなどして学生に対する心理健康教育を推進する。就学前教育機関は、幼児の特性に合った心理健康教育を行わなければならない。

自然災害、突発的な傷害事件、公共安全が脅かされる事件等学生の精神的健康に影響を及ぼす可能性がある事件が発生した際には、学校は直ちに専門人員を組織し、学生に対する心理的援助を行わなければならない。

教師は、精神衛生に関する知識を学習・理解し、学生の精神的健康状態に注意を払い、正しく指導し、激励しなければならない。地方各級人民政府教育行政部門と学校は、教師の精神的健康を重視しなければならない。

学校と教師は、学生の父母またはその他の監護人、親族との間で学生の精神的健康状態について情報・認識の共有をしなければならない。

第十七条 医療人員（医療従事者）は、疾病の診療業務を行う際、診断基準と治療規範に示された内容に沿って、受診者に対し心理健康指導を行わなければならない。受診者に精神障害の疑いがある場合、本法規定の条件を満たす医療機関への受診を勧めなければならない。

第十八条 刑務所・留置所・拘留所・強制隔離麻薬中毒者治療所は、服役者や法に基づき拘留、逮捕、強制隔離治療をされている者に対し精神衛生知識を知らしめ、その精神的健康状態に注意を払い、必要時には心理相談と心理指導を行わなければならない。

第十九条 区以上の人民政府の雇用・社会保障、教育、衛生、司法行政、公安等部門は、それぞれの職責の範囲内において、本法第十五条から第十八条に規定する各単位（団体）に対し、精神障害予防義務を適切に果たすよう督促・指導しなければならない。

第二十条 村民委員会、住民委員会は、所在地の人民政府および関係部門が行う地域社会の心理健康指導、精神衛生知識普及教育活動や、住民の心身の健康に有益な地域環境づくり活動に協力しなければならない。

郷鎮衛生院（農村小行政区域の衛生センター兼診療所）または社区卫生服務機関（都市小行政区域の衛生センター組織）は、村民委員会、住民委員会のために地域の心理健康指導を行い、精神衛生知識普及教育活動に係る技術指導を提供しなければならない。

第二十一条 家族構成員の間では、互いに思いやり、良好で仲睦まじい家庭環境を作り、精神障害予防意識を高めなければならない。家族構成員に精神障害の疑いが発生したときは、直ちに受診させ、生活の世話と適切な介護・見守りをしなければならない。

第二十二条 国は、報道機関や社会組織が展開する精神衛生の公益的宣伝、精神衛生知識の普及、精神的健康への国民意

識向上、精神障害の発生予防に係る活動に対し奨励・支援する。

第二十三条 心理相談員は、業務の質を向上し、執務規範を遵守し、社会市民のために専門的心理相談指導を提供しなければならない。

心理相談員は、心理治療または精神障害の診断・治療に従事してはならない。

心理相談員は、相談者に精神障害の疑いがある場合、本法規定の条件を満たす医療機関への受診を勧めなければならない。

心理相談員は、相談者の個人情報の秘匿性を尊重し、秘密を守らなければならない。

第二十四条 国務院衛生行政部門は、精神衛生モニタリングシステムを設立し、重度精神障害発病報告制度を運用し、精神障害の発生状況・動向等のモニタリングとテーマを特定した調査を企画・実施する。精神衛生モニタリングと重度精神障害発病報告の管理方法は、国務院衛生行政部門が制定する。

国務院衛生行政部門は、関連部門・組織と連携し、精神衛生事業に係る情報の共有体制を設立し、情報の相互利用・交換・共有をしなければならない。

第四章 精神障害の診断と治療

第二十五条 精神障害の診断・治療活動を行うには、以下の条件を備えるとともに、医療機関の管理規定に従い必要な手続を踏まなければならない。

(一) 精神障害の診断・治療を行うに相応しい精神科担当医師・看護師を有していること。

(二) 精神障害の診断・治療に必要な施設と設備を有していること。

(三) 精神障害の診断・治療の管理制度と質の監視制度が整備されていること。

精神障害の診断・治療に携わる専門医療機関は、心理治療に従事する人員も配置しなければならない。

第二十六条 精神障害の診断・治療においては、患者の合法的権利を守りその人格・尊厳を尊重するという原則に従い、現状の下で良好な精神衛生サービスを受けられることが保障されなければならない。

精神障害の分類・診断基準と治療規範は、国務院衛生行政部門が整備する。

第二十七条 精神障害の診断は、精神的健康の状態に即して行わなければならない。

法律に規定がある場合を除き、本人の同意を得ずに精神障害の有無を確定するための医学検査を行ってはならない。

第二十八条 本人が自主的に受診して精神障害の診断が行われる場合のほか、精神障害が疑われる者の親族は、その者を精神障害の診断のため医療機関へ受診させることができる。親族が見つからない流浪等の者で精神障害の疑われる者については、現地の民政等関係部門がその分担職責に照らして、精神障害の診断を行う医療機関への受診を援助する。

精神障害の疑われる者が、自身を傷つけるか他者の安全を害する行為を起こしたとき、または、自身を傷つけるか他者の安全を害するおそれがあるときは、親族、所属単位（組織）、現地の公安機関はその行為を制止し、精神障害の診断を行う医療機関へ受診のため送り届けなければならない。

医療機関は、精神障害の疑われる者が送られて来たときは、その者の診断を行うことを拒否してはならない。

第二十九条 精神障害の診断は、精神科担当医師が行わなければならない。

医療機関は、本法第二十八条第二款に基づき受診する精神障害の疑われる者が送られて来たときは、その者を病院に留まらせ、ただちに精神科担当医師を指名して診断を行わせ、診断結果をすみやかに提示しなければならない。

第三十条 精神障害の入院治療は、本人の同意に基づいて行うことを原則とする。

診断結果と病状判定により、重度精神障害者と診断され、かつ以下の一つに該当する者には、入院治療を行わなければならない。

(一) 自身を傷つける行為をすでに起こしたか、または自身を傷つけるおそれがあるもの

(二) 他者の安全を害する行為をすでに起こしたか、または他者の安全を害するおそれがあるもの

第三十一条 精神障害者が本法第三十条第二款第一項の状態に該当し、監護人が同意するときは、医療機関は、その者に入院治療を行わなければならない。監護人が同意しないときは、医療機関は入院治療を行ってはならない。監護人は、家庭にいる患者に対し、適切な介護・管理を行わなければならない。

第三十二条 精神障害者が本法第三十条第二款第二項の状態に該当し、患者または監護人が入院治療が必要という診断結果に異議があって入院治療の実施に同意しないときは、患者または監護人は、再次診断と鑑定を要求することができる。前款規定により再次診断を要求するときは、診断結果を受けた日から三日以内に診断を行った原医療機関または法定の条件を備えた医療機関に要求を提出しなければならない。

再次診断を担う医療機関は、再次診断要求を受けたときは、初次診断を行った医師以外の二名の精神科担当医師を指名し

て再次診断を行わせ、すみやかに再次診断結果を出さなければならない。再次診断を担当する医師は、その患者が収容されている医療機関でその患者と対面して診察をしなければならず、医療機関はそれに合わせて適切な協力をしなければならない。

再次診断結果にも異議がある場合には、法定の条件を備えた鑑定機関に、精神障害に係る医学鑑定を自主委託することができる。医療機関は、公開されている鑑定機関の一覧表と連絡先を示さなければならない。委託を受けた鑑定機関は、鑑定事項を担当する資格を有する二名以上の鑑定員を指名して共同で鑑定を行わせ、すみやかに鑑定報告を出さなければならない。

第三十三条 鑑定員は精神障害者が入院治療を受けている医療機関へ出向き、対面して診察しなければならない。医療機関はそれに合わせて適切な協力をしなければならない。

鑑定員本人またはその親族に鑑定事項との利害関係があつて鑑定の独立性、客観性、公正性に影響を及ぼすおそれがある場合には、当該鑑定人は鑑定を辞退しなければならない。

第三十四条 鑑定機関と鑑定員は関連する法律、法規、規則の規定に従い、科学を尊重し、職業道徳を守り、精神障害鑑定の実施手順・技術方法・操作規範に従い、法に基づいて独立に鑑定を行い、客観的かつ公正な鑑定報告を出さなければならない。

鑑定員は、鑑定を行うに当たり、日時を記した署名記録を作成しなければならない。当該記録の内容は、真実性、客観性、正確性、整然性を備えていなければならない。記録の原本または画像媒体は適切に保存されなければならない。

第三十五条 再次診断結果または鑑定報告によって対象者が重度精神障害者だと確定できない場合、または入院治療を行う必要がないと結論づけられた場合、医療機関はその者の入院治療を行ってはならない。

再次診断結果または鑑定報告によって精神障害者が本法第三十条第二款第二項の状態にあるとされたときは、その監護人はその者の入院治療に同意しなければならない。監護人が入院治療を妨害するときまたは患者が無断で入院治療から離脱したときは、公安機関は、医療機関と協力してその者に入院治療を受けさせる措置を講じることができる。

関係機関で再次診断結果や鑑定報告が出されるまでの間、精神障害者を収容し治療している医療機関は診療規範に示された内容に沿ってその患者に対する入院治療を行わなければならない。

第三十六条 診断の結果、入院治療が必要とされた精神障害者本人が入院手続を執り行う能力がない場合、その監護人が入院手続を執り行う。監護人が見つからない流浪等の者については、医療機関受診を必要とする事由が発生した場所を所轄する関係行政部門が入院手続を執り行う。

本法第三十条第二款第二項の状態である精神障害者で、その監護人が入院手続をしない場合は、その者が所属する単位（組織）、村民委員会または住民委員会が入院手続を行い、医療機関はその旨を診療録に記載する。

第三十七条 医療機関及び医療従事者は、精神障害者が診断・治療の過程で享有する権利についてその者またはその監護人に知らせなければならない。

第三十八条 医療機関は適切な施設・設備を備え、通院・入院して治療を受ける精神障害者の人身の安全を守り、傷害を受けることを防止しなければならない。また、入院患者のため可能な限り通常に近い生活環境や条件を整えなければならない。

第三十九条 医療機関および医療従事者は、精神障害の診断基準と治療規範に示された内容に沿って治療計画を作成し、精神障害者またはその監護人に対し、治療計画、治療方法、目的、および想定される予後について知らせなければならない。

第四十条 精神障害者が医療機関内で自身を傷つけ、他者の安全を害し、あるいは医療秩序を乱す行為をしたとき、またはそれらのおそれがあるとき、医療機関およびその医療従事者は、他に代替措置がない状況下では、拘束・隔離等保護的医療措置をとることができる。保護的医療措置をとるときは、診断基準と治療規範を遵守し、措置をとった後その者の監護人に知らせなければならない。

精神障害者に対し、隔離等の保護的医療措置を懲罰として用いることを禁止する。

第四十一条 精神障害者に対し薬物を使用するときは、診断と治療を目的として、安全かつ有効な薬物を使用しなければならない。診断または治療以外の目的で薬物を使用してはならない。

医療機関は精神障害者に生産労働を強制してはならない。

第四十二条 本法第三十条第二款規定に基づき入院治療を行っている精神障害者に対し、精神障害の治療を目的とした外科手術を行ってはならない。

第四十三条 医療機関が精神障害者に下記の治療を行うときは、本人またはその監護人に対し治療に伴う危険性とそれに替わる治療法の有無等の状況を伝え、本人の書面による同意を得なければならない。本人の意見が得られない場合は、その者の監護人の書面による同意とともにその医療機関の倫理委員会の承認を得なければならない。

(一) 人体器官の機能喪失を招き得る外科手術。

(二) 精神障害の治療に係る実験的臨床研究。

監護人が見つからず緊急を要する状況下で前款第一項の治療を行わざるを得ないときは、その医療機関の責任者と倫理委員会の承認を得なければならない。

精神障害者を精神障害の治療と無関係な実験的臨床研究の対象とすることを禁止する。

第四十四条 自ら同意して入院治療を行う精神障害者は、随時、退院の要求をすることができ、医療機関はその要求を拒んではならない。

本法第三十条第二款第一項の状態にある精神障害者に対して入院治療が行われるときは、監護人は、随時、その者の退院を要求することができ、医療機関はその要求を拒んではならない。

医療機関が前二款に規定する精神障害者について退院させることが相応しくないと判断したときは、その理由を告知しなければならない。それでもなお本人またはその監護人が退院の要求を取り下げないときは、担当医師は診療録に告知の過程を詳細に記録するとともに退院後のことについて医学的助言を提示し、本人またはその監護人による確認の署名を受けなければならない。

本法第三十条第二款第二項の状態にある精神障害者に対して入院治療が行われ、退院可能と医療機関が判断する状態になったときは、その旨を直ちに本人またはその監護人に知らせなければならない。

医療機関は、本法第三十条第二款の規定に基づき入院治療を行っている精神障害者について、その病状に応じて速やかに精神科担当医師をもって検査と病状評価に当たらせなければならない。病状評価の結果、入院治療の継続が必要でないとは判断されたときは、医療機関はその旨を直ちに本人またはその監護人に知らせなければならない。

第四十五条 精神障害者の退院時、本人に退院手続をする能力がない場合は、監護人がその手続をしなければならない。

第四十六条 医療機関およびその医療従事者は、入院中の精神障害者の外部との通信や訪問者との面会等の権利を尊重しなければならない。急性期または治療への妨げとなることを避けるために行われる一時的な制限を除き、患者の外部との通信や訪問者との面会等の権利を制限してはならない。

第四十七条 医療機関および医療従事者は精神障害者の病状、行った治療、服薬状況、拘束・隔離の実施等について診療録に如実に記録するとともに、患者本人またはその監護人に如実に伝えなければならない。患者本人およびその監護人は診療録を閲覧し写しを取ることができる。ただし、診療録を閲覧したり写しを取ったりすることがその者の治療に好ましくない影響を与えるおそれがある場合は除く。診療録の保存期間は三十年以上としなければならない。

第四十八条 医療機関は、受診者が精神障害者であるという理由で、その医療機関が治療を行える範囲の他の疾病の治療を拒んではならない。

第四十九条 精神障害者の監護人は、その者が入院治療を受けていないときは、その者に対し適切な介護をし、医師の指示に基づき時間通り服薬するよう促し、随時、訪問指導または治療を受けさせなければならない。村民委員会、住民委員会、その患者が所属する単位等は、患者本人またはその監護人の求めに応じて監護人がその者を介護するのに必要な援助を提供しなければならない。

第五十条 区以上の地方人民政府衛生行政部門は、当該行政区域内で精神障害の診断・治療に当たる医療機関に対し定期的に以下の項目について検査しなければならない。

(一) 関係人員、施設、設備が本法の基準を満たしていること。

(二) 診療行為が本法および診断基準、治療規範の規定に合致していること。

(三) 精神障害者に対して行われる入院治療の手続の流れが本法規定に合致していること。

(四) 法律に基づく精神障害者の合法的な権利が守られていること。

区以上の地方人民政府衛生行政部門が前款規定の検査を行うときは、精神障害者およびその監護人の意見を聴かなければならない。本法に違反する行為が認められたときは、直ちに中止または是正するよう命じ、法に基づく措置を講じなければならない。

第五十一条 心理治療活動は、医療機関内で行わなければならない。心理治療専門員は、精神障害の診断に従事してはならず、精神障害者に対し薬物の処方または外科治療を行ってはならない。心理治療の技術規範は国务院衛生行政部門が制定する。

第五十二条 刑務所、強制隔離麻薬中毒者治療所等は、精神障害のある服役者や強制隔離麻薬治療者が治療を受けられるよう措置を講じなければならない。

第五十三条 精神障害者が治安管理処罰法や刑法を犯したときは、関連法律の規定に基づき処理する。

第五章 精神障害のリハビリテーション

第五十四条 地域のリハビリテーション機関は、リハビリテーションを必要とする精神障害者にリハビリテーションが受けられる場所と条件を提供するとともに、生活自立能力と社会適応能力を高めるための社会復帰訓練を提供しなければならない。(中国語の「康复」に対する訳語は、主として「リハビリテーション」の語を充てるが、文脈・語感に応じて適宜「社会復帰」等の語も用いている。)

第五十五条 医療機関は、在宅の重度精神障害者に対し精神科の基本薬物維持治療を提供するとともに、地域のリハビリテーション機関に対し精神障害のリハビリテーションに係る技術指導と支援を行わなければならない。

社区卫生服務機関(都市小行政区域の衛生センター組織)、郷鎮衛生院(農村小行政区域の衛生センター兼診療所)、村の保健室は、重度精神障害者の個人健康記録書を作成し、在宅の重度精神障害者を定期的に訪問して服薬指導とリハビリテーション訓練指導を行うとともに、患者の監護人に対し精神衛生知識と介護知識の研修を行わなければならない。区の人民政府衛生行政部門は、社区卫生服務機関、郷鎮衛生院、村の保健室のために上述の指導と研修を行わなければならない。

第五十六条 村民委員会、住民委員会は生活が困難な精神障害者の家庭を援助しなければならない。また、所在地の郷鎮または町内会事務所および区の人民政府の関連部門に患者とその家庭の状況・要求を伝達し、その者が抱える困難を解決し、社会に復帰できるよう支援しなければならない。

第五十七条 障害者団体または障害者リハビリテーション機関は、精神障害者のリハビリテーション需要に基づき、患者が参加できるリハビリテーション活動を企画・実施しなければならない。

第五十八条 人員を雇用する単位(組織)は、個々の精神障害者の実情に基づき、その者を能力に合った仕事に配置し、他の者と同等の待遇を得られるように保障し、その者が必要とする職業能力訓練を受けさせ、その者にとって適切な仕事環境をつくり、その者が仕事の中で成績をあげることを奨励しなければならない。

第五十九条 精神障害者の監護人は、その者の生活自立能力と社会適応能力を高めるための社会復帰訓練に協力しなければならない。

精神障害者の監護人がその者を介護するに当たって技術指導を必要としたときは、社区卫生服務機関、郷鎮衛生院、村の保健室、地域リハビリテーション機関はそれを提供しなければならない。

第六章 保障措置

第六十条 区以上の人民政府衛生行政部門は、関係部門と連携し、国民経済計画と国家社会発展計画に示された内容に沿って、精神衛生事業計画を企画・実施する。

精神衛生事業計画は、精神衛生モニタリングとテーマを特定した調査結果に基づき制定しなければならない。

第六十一条 省、自治区、直轄市人民政府は、その行政区域の現状に基づき、全体計画を立て、資源を確保しつつ精神衛生事業体系を整備し、精神障害の予防・治療・リハビリテーションの実施能力強化を図るものとする。

区の人民政府は、当該行政区域の現状に基づき、全体計画を立て、精神障害者地域リハビリテーション機関を設立するものとする。

区以上の地方人民政府は、各種主体による精神障害の診断・治療を行う医療機関や精神障害者のリハビリテーション機関の設置が進むよう奨励・支援の措置を講じなければならない。

第六十二条 各級人民政府(市以上の財政権限をもつ政府)は、精神衛生事業の需要に基づき、財政面に力を注ぎ、精神衛生事業の実施に必要な財源保障を図るため精神衛生事業経費を財政予算に組み込まなければならない。

第六十三条 国は、地方の精神衛生事業体系の整備を強化し、貧困地域・辺境地域の精神衛生事業を支援し、都市部・農村部の小地区における精神衛生事業の必要経費を保障する。

第六十四条 医学教育機関は、精神医学の教育と研究を強化するとともに、精神衛生事業における人材を確保するため、精神衛生事業の実需要に基づき精神医学の専門家を養成しなければならない。

第六十五条 総合医療機関は、國務院衛生行政部門の定める規定に基づき、精神科外来または心理治療外来を開設するとともに、精神障害の予防・診断・治療能力の向上に努めなければならない。

第六十六条 医療機関は、精神衛生知識および関連する法律・法規・政策に関する医療従事者の学習の機会をもたなければならない。

精神障害の診断・治療・リハビリテーションに携わる機関は、医療従事者やその他職員に対し定期的に在職者研修を行い、新しい精神衛生知識を習得させなければならない。

区以上の人民政府衛生行政部門は、医療従事者に対し精神衛生知識の研修を行い、精神障害を識別する能力を向上させなければならない。

第六十七条 教員を養成する大学は、学生のために精神衛生課程を設けなければならない。医師を養成する大学は、精神医学が専攻ではない学生のために、精神衛生課程を設けなければならない。

区以上の人民政府教育行政部門は、教師の就業前と在職中に行われる研修に精神衛生に係る内容を含めるとともに、心理健康教育を担当する教員・指導員に対し定期的に専門研修を行わなければならない。

第六十八条 区以上の人民政府衛生行政部門は、医療機関が重度精神障害者に基本的な公共衛生サービスを無料で提供する制度を企画・実施しなければならない。

精神障害者の医療費用は、国の関連社会保険規定に基づき、基本医療保険基金より支出する。医療保険受託機関は、国の関連規定に基づき、都市在職者基本医療保険、都市住民基本医療保険または新型農村合作医療の保障範囲に精神障害者を組み入れなければならない。区の人民政府は、国の関連規定に基づき、経済的困難を抱えた家庭の重度精神障害者が基本医療保険の対象となるよう支援しなければならない。雇用・社会保障、衛生、厚生、財政等の部門は、互いの連携を強め、基本医療保険基金から支出される医療費用について、医療機関と医療保険受託機関が直結して費用計算ができるよう、システムを簡素化しなければならない。

精神障害者が基本医療保険から医療費用の支払を受けた後もなお困難を抱えている場合、または基本医療保険から医療費用の支払いを受けられない場合には、厚生部門はその者に優先的に医療扶助を与えなければならない。

第六十九条 都市と農村の最低生活保障の対象となる条件をみだす重度精神障害者に対し、厚生部門は、関係部門と共同して、その者がただちに最低生活保障を受けられるようにしなければならない。

農村五保扶養（衣・食・燃料・葬儀・教育の5項目が保障される農村の生活保護制度）の対象である重度精神障害者、都市にあって労働・生活の能力がない重度精神障害者で、かつ法定の養育・扶養義務者がいないか、または法定の養育・扶養義務者がいてもその者に養育・扶養能力がない場合には、厚生部門は、国の関係規定に基づきその者を保護・救済しなければならない。

前二款規定以外の重度精神障害者で明らかに生活に困難をきたしている場合、厚生部門は、その者の生活困難への援助として臨時に救済措置をとることができる。

第七十条 区以上の人民政府およびその他の関連部門は、精神障害がある学齢期の児童・少年への義務教育の保障、労働能力のある精神障害者への可能な範囲の仕事に就くことに係る支援、すでに社会復帰可能となった精神障害者への就労支援のため、有効な措置を講じなければならない。

国は、精神障害者を雇用した会社に対し、法に基づき税制上の優遇措置を講じるとともに、生産、経営、技術、資金、物資、事業用地等の各方面にわたり支援を行う。

第七十一条 精神衛生従事者の人格の尊厳と人身の安全は侵害されてはならず、精神衛生従事者は、法律に定める保護を受けながら法に基づき職務を履行する。社会全体は、精神衛生従事者を尊重しなければならない。

区以上の人民政府およびその他の関連部門、医療機関、リハビリテーション機関は、精神衛生従事者の職業を（差別偏見から）保護し、精神衛生従事者の処遇を向上し、規定に基づき適切な額の手当を支給する等の措置を講じなければならない。精神衛生従事者が職務に起因して負傷し障害者となりまたは死亡した場合、国の関連規定に基づき労災および救済の措置が講じられる。

第七章 法律責任

第七十二条 区以上の人民政府およびその他の関連部門が未だ本法規定に基づく精神衛生職務を履行していない場合、または職権乱用、職務軽視ないし不正を働いた場合には、その等級の人民政府または上級人民政府関連部門により是正命令・処分通達が発せられ、直接の責任を負う幹部職員と直接の責任を負うその他の担当者は、法に基づき警告または相応の処分に付される。重大な過失を犯した場合は、降格、解職または解雇処分に付される。

第七十三条 本法規定の条件をみたさない医療機関が無断で精神障害の診断・治療に携わった場合、区以上の人民政府衛生行政部門により、関連する診療活動の中止に係る命令・警告が発せられるとともに、五千元以上一万元以下の罰金を課され、違法所得がある場合はその所得を没収される。直接の責任を負う幹部職員と直接の責任を負うその他の担当者は、法に基づき降格、解職または解雇処分に付される。関係した医療従事者は、免許を取り消される。

第七十四条 以下の条項に該当する行為を行った医療機関及び職員には、区以上の人民政府衛生行政部門による是正命令・処分通達が発せられる。情状酌量の余地がない場合、直接の責任を負う幹部職員と直接の責任を負うその他の担当者は、法に基づき降格、解職または解雇処分に付される。関係した医療従事者は、一か月以上六か月以下の業務停止命令を受けることがある。

(一) 搬送されて受診した精神障害の疑われる者に対する診断を拒絶すること。

(二) 本法第三十条第二款規定に基づき入院治療を行っている患者に対して速やかに病状評価を行わないかまたは病状評価結果に基づく診療を行わないこと。

第七十五条 以下の条項に該当する行為を行った医療機関及び職員には、区以上の人民政府衛生行政部門による是正命令が発せられる。直接の責任を負う幹部職員と直接の責任を負うその他の担当者は、法に基づき降格または解職処分に付される。関係した医療従事者は、六か月以上一年以下の業務停止命令を受ける。情状酌量の余地がない場合は、解雇処分に付されるとともに、医療従事者としての免許を取り消される。

(一) 本法規定に違反して拘束・隔離等の保護的医療措置をとること。

(二) 本法規定に違反して精神障害者に労働を強制すること。

(三) 本法規定に違反して精神障害者に外科手術または実験的臨床研究を行うこと。

(四) 本法規定に違反して精神障害者の外部との通信や訪問者との面会等の権利を侵害すること。

(五) 精神障害の診断基準に違反して、精神障害者ではない者を精神障害者と診断すること。

第七十六条 以下の条項に該当するときは、区以上の人民政府衛生行政部門、商工行政管理部門からそれぞれの職権に基づく命令・警告が発せられるとともに、五千元以上一万元以下の罰金を課され、違法所得がある場合はその所得を没収される。重大な過失を犯した場合は、六か月以上一年以下の業務停止命令、免許または営業許可の取消しを受ける。

(一) 心理相談員が心理治療または精神障害の診断・治療を行うこと。

(二) 心理治療担当者が医療機関以外で心理治療を行うこと。

(三) 心理治療専門員が精神障害の診断を行うこと。

(四) 心理治療専門員が精神障害者に対し薬物の処方または外科治療を行うこと。

心理相談員、心理治療専門員が心理相談や心理治療実施中に他人の身体、財産その他に損害を与えた場合は、法に基づき民事責任を負う。

第七十七条 関係者（単位、個人）が本法第四条第三款規定に違反し、精神障害者に損害を与えたときは、法に基づき賠償責任を負う。損害を与えた者が単位（組織）の場合は、直接の責任を負う幹部職員と直接の責任を負うその他の担当者は、法に基づく処分に付される。

第七十八条 本法規定に違反し、以下の条項に該当し、精神障害者またはその他の公民（戸籍をもつ国民）の身体、財産その他に損害を与えた場合は、法に基づき賠償責任を負う。

(一) 精神障害者ではない者を故意に精神障害者であるとして治療のため医療機関に受診させること。

(二) 精神障害者の監護人がその者を遺棄し、または監護人としての責務を果たさない等の行状に及ぶこと。

(三) 精神障害者を蔑視、侮辱、虐待し、人格・尊厳と人身の安全を侵害すること。

(四) 精神障害者の身体的自由を不法に制限すること。

(五) その他精神障害者の合法的権利を侵害すること。

第七十九条 医療機関が行った診断結果により入院治療を受けなければならないとされた精神障害者の監護人が、その者に入院治療を受けさせることを拒否した場合において、その精神障害者が他人の身体または財産に損害を与えたとき、または他人の身体または財産に損害を与え得る状況がもたらされたときは、その監護人は法に基づき民事責任を負う。

第八十条 精神障害の診断・治療・鑑定の実施中にこれを妨害し、本法規定に基づく職務を行おうとする担当職員の職務遂行を妨げ、または医療機関や鑑定機関の業務秩序を乱したときは、法に基づき治安管理处罰を受ける。

本法規定に違反し、またはその他治安管理中に違反する行為をしたときは、法に基づき治安管理处罰を受ける。

第八十一条 本法規定に違反し、犯罪をしたときは、法に基づき刑事責任を追究される。

第八十二条 精神障害者、その監護人、親族は、行政機関、医療機関またはその他の単位や個人が本法規定に違反して精神障害者の合法的権利を侵害したと認識したときは、法に基づき訴訟を起こすことができる。

第八章 附則

第八十三条 本法で「精神障害」とは、さまざまな原因に基づく感覚、感情、思考等の精神活動の乱れまたは異常のため、その者に明らかな心理的苦痛または社会適応等機能の損傷が起こった状態をいう。

本法で「重度精神障害」とは、病状が重度で、社会適応等機能に重大な損傷が起こり、自らの健康状態または客観的現実を認識できず、もしくは自分の身の回りのことができない程度の精神障害をいう。

本法で精神障害者の「監護人」とは、民法通則の関連規定に基づき監護人を務めることができる者をいう。

第八十四条 軍隊の精神衛生業務は、国务院と中央軍事委員会で本法に基づき制定された管理方法により行う。

第八十五条 本法は2013年5月1日より施行する。