

いに来るような場合は、薬を処方したり、1～2 日程度であればショートステイも可能とのことであった。また、精神科救急も実施しているが、当直者は医師 1 名、看護師 1 名であり、夜間の利用は少ないとのことであった。

見学したのは女性の閉鎖病棟であったが、50 床の病棟は常にほぼ満床であるとのことであった。医師は 7 名、看護師は 20 名であった。患者のほとんどは統合失調症であり、精神療法と中医学に基づく漢方とハロペリドール等の西洋薬を併用した薬物療法（中医学の漢方としては、消幻蕩 1 および 2 が幻覚妄想を軽減させる効果があることが経験的に証明されているとのことで、現在その効果を科学的に裏付けているとのことであった）、作業療法が中心に行われていた。在院日数は、30～45 日程度である。患者の退院は家族が引き取ることが前提であり、家族が疾患を理解できるよう、また、患者への接し方を身につけられるよう家族指導に力を入れているとのことであった。今後、患者が地域で集い軽作業(クッキーを焼いたりする等)を行えるようなデイケア施設を設置していきたいと考えているが、なかなか難しいとのことであった。

④ 咸陽医療センター附属デイケアセンター(ここでは先方が説明する通りデイケアセンターと記述しているが、実際は地域の診療所といったほうが正確である)

咸陽市は西安市より東南東に位置する地級市である。古くは秦朝の首都として多いに栄えた。咸陽医療センターは 1000 床以上を有する咸陽市の甲級 3 級病院(病院は規模や診療レベルにより甲乙丙、1～3 級に分けられる(1 級よりも 3 級が上級))。咸陽医療センターは最高級の

病院であるということ)である。しかし、精神科は 20 床しかなく、そのうち半数は解放病棟であり、精神科の主治医師は 3 名しかいないのが現状である。2012 年には同センターの分院が完成予定であり、そうなれば 6 階建ての建物の 2 階分が精神科病棟となり、そうなればスタッフも増員予定であるとのことである。

咸陽医療センター附属デイケアセンターは、同市中にある町の診療所といった風情の小さな建物である。デイケアセンターは診察室と待ち合い、3 つの個室と 2 つの 4 床室(男女別)がある。スタッフは、医師 2 名、看護師 3 名、薬剤師 1 名であった。医師は咸陽医療センターの精神科と兼任であった。また、看護師は西安市立精神医療センターで 3 ヶ月間の研修を受けているとのことである。診察時間は月～土曜日の 9～12 時だが、終了が 14 時頃になることも多いという。1 日の患者数は 20～30 名程度である。

デイケアセンターでの治療は外来診療による内服および点滴治療だが、農村部から出てきたような患者であれば、安価に宿泊することも可能である。使用している薬剤は、ハロペリドールやスルピリド、パロキセチン等が中心であるが、径典挽精神病蕩といった中医学に基づく漢方も使用していた(漢方薬は戸棚に 100 種類以上が常備され、センター内で調合もしているようであった)。また、診察の結果、入院治療が必要だと判断した場合は、咸陽医療センターに入院することになる。

このデイケアセンターの特徴は、その安価さである。1 回の診察代は 40～60 元(薬剤・ベッド代含)であるが、診察だけの場合は無料である。また、宿泊費も 10 数元しかとっていない。これは、大病院での診療を受ける経済的な余裕のない

人々にも精神医療が受けられるようにというデイケアセンターの院長の意向が大きい。デイケアセンターでは採算はとれておらず咸陽医療センターからの補助金や院長の個人的な支援によりどうにか運営されているというのが現状である。

3) 精神医学教育の報告

① 西安交通大学医学部ならびに看護学部

西安交通大学医学部は1学年の定員は150人であり、5年制の学士医師コースと8年制の修士医師コースに分けられる。学士コースになるか修士コースになるかは入学試験の結果により振り分けられるが、入学後の成績が優秀である場合、あるいは振るわない場合は、入れ替えもある。修士医師コースで精神科の専門コースを選択すれば、修士卒業時に精神科の主治医師の資格を得るための国家試験を受験することができる。なお、主治医師の資格は国家資格であり、学士コースの医師でも2～3年の臨床経験の後、主治医師の試験を受けることができるとのことであった。

西安交通大学看護学部は1学年40名5年制(学士)で看護師の国家試験資格を得ることができる。ここには看護師の養成に加え、看護学研究に力を入れており、5年制の学士過程に加え、修士(2年制)、博士(3年制)過程もあり、中国西北地域の看護学教育の先端を担っている。

② 第4軍医大学医学部ならびに看護学部

第4軍医大学医学部は、1954年から医学教育を実施している。精神病学と神経病学は共同で神経精神病学教育研究室と称し、2000年以前は看護、大専、学部など異なる課程の6時間の教育を担い、心身科病棟の設立以後、教育は見学、実習、

研修生育成、臨床医学専科から学部への進学、看護大専の教育、5年制、8年制の学部、大学院生の授業を行なってきた。2003年からは、修士学位授与学科となり、現在までに軍隊内修士課程12名、2007年からは博士学位授与学科となり、博士課程卒業は3名、2名が在籍している。

2000年以後、毎年一期の全軍心理医師育成講座、地域医師育成講座、陝西省コミュニティ看護師育成講座などのクラスを受け持ち、陝西省精神科医師“双基(基礎知識、基本技能)”育成講座三期、全軍精神科医師“双基”育成講座四期を受け持ち、陝西省医学会精神病学分会学術年次総会2回、全軍精神病学術年次総会2回、全軍オンライン授業多数回、末端兵のための現場授業10数回開催し、参加者は十数万人に上る。

第4軍医病院の卒業生の殆どは、医師も看護師も卒業と同時に中国西北部の農村部での勤務を命じられ、地域のヘルスケアの維持を担うことになる。数年後、第4軍医病院に戻ってくるのは、一部の優秀者だけである。

また、第4軍医大学の学生は入学と同時に人民解放軍の軍人となるため、入学試験では、学力とともに身体能力や身長、体重、視力なども問われるとのことであった。

D. 考察

西安市での調査の状況は前述の通りである。ここで繰り返しておくが、人口570万人にのぼる西安市の精神医療を担うのは、上記3病院だけである。各病院で提供される医療は一定のレベルを維持しているが、その数はあまりにも少ない。この状況に関して、西安交通大学の王教授をはじめ、多くの精神科医が精神医療に

対する予算の少なさや精神疾患に対する社会の偏見をあげている。2011年11月3日付の鳳凰網では『高リスク、仕事量に見合わぬ低収入、近年深刻化する精神科医の流失』というタイトルで北京の精神科医のおかれた状況を指摘している。それによれば、精神科専門病院では、毎年10%以上の医療スタッフが患者から身体的精神的暴力を受けている、また患者の妄想により医療スタッフの日常生活が脅かされるとしている。しかし、それにも関わらず国の精神科医に対する手当は長年、「三級甲レベルの精神病院で精神科に8年以上勤務する医師に毎月30元(約360円)の手当」を出すのみに留まっている。このように高リスク、仕事量に見合わぬ低収入のため、精神科医流失の状況は深刻さを増しているとのことである。このように中国においても精神医療を取り巻く状況は今後も改善の余地があるといえよう。また、地域精神医療としてデイケア、中間施設などの必要性は精神科医療関係者には認識されてはいるものの、これほどの中心都市でも、未だ整備への動きもないようである。

平成22年度は台湾の台北市およびその周辺において主として精神科リハビリテーション施設に関して調査を行った。そして、平成23年度は中国陝西省西安市において精神医療施設調査を実施した。

台湾台北市ではコミュニティ精神医療の試みが進められており、参考となる点がいくつかみられた。まず、デイケア活動の充実が挙げられる。町に置かれたデイケアセンターではそこにおける自分たちによる清掃や片づけ、食事の準備集団リクレーション活動や、外部から請け負う軽作業などがなされている。また、より社会性の回復した人たちは、そこを起点として会社や工場などに通うこともあ

る、この場合、センターの職員が定期的に見回るなどのサポートがなされている。日本でも同様の活動をする施設があるが、就業の起点となり、その業務中の支援に当たることまでできているところは寡聞にして知らない。

ナイトホスピタルは、退院後、自立に至るまでの住居を提供するものである。日本では精神科病院に併設され、場所も街の中心部から遠くにあることが多いが、台北で見学した施設は独立施設として町の中心部にあった。台湾においてはナイトホスピタル運営に関し、行政からの財政的支援が大きいことがその運営を可能にしている。

救急患者は主として台北市立の精神科病院が受け入れている。この病院は訪問診療も行っている。医師、看護師、ソーシャル・ワーカーの3名がチームを形成、在宅患者を訪問診察し、必要に応じデポ剤の注射を行っている。この活動は、再発防止のみならず、生活環境、家族状況を知ることができ、より社会復帰に向けた支援を可能としている。

中華人民共和国、西安市では中国有数の大都市であるが、コミュニティベースの活動の必要性は精神科医療関係者には認識されているものの、動きは未だ乏しい。一方で、精神科病院の入院ベッド数は対象人口に比し、少なく抑えられており、入院期間は短期間に限られている。大学附属の総合病院には精神科外来、小規模の精神科病棟が置かれている。いずれも対象人口に比し、小規模ではあるが、臨床心理士も常駐し、児童青年期などの専門外来が設けられている病院もある。使用される薬剤、診断、治療法などは時代に即しており、入院の短期化なども積極的に進められているが、しかし、総合病院は自己負担する費用が高く、ある程

度以上の階層が対象となる。精神科専門病院は西安市とそのおよび一か所であり、入院期間も限られている。おそらく、その後は自宅へ帰ることになる。西安市には、中国有数のレベルを誇る大学附属の病院が複数存在し、身体医療のレベルは高い。しかし、精神医療は重視されていない。中国全体を見ても、医師資格取得後、精神科を専門に選ぶ率は低い、背景として、精神科医師のニーズが低いこと、医師としての収入も他科に比べ、かなり低いことがあげられる。一方で、隣接市の咸陽に小さなものであるが、診療所が立ち上げられたことに、変化の兆しが見られる、これは政策的なものとは関係なく、個人の意思に努力で立ち上げられたものであり、町中にあり、医療費負担も大学病院などに比し、安く抑えられている。また、患者が昼間過ごせる場を提供する試みもなされている。

台北市では、コミュニティ精神医療への方向性が定められており、行政的な支援が進められている。日本の状況と比較して、なぜこのような急速な動きが可能であるのか？その理由として以下のことが考えられる。わが国については、明治以来の西洋精神医学の導入が、時代背景もあり、収容型の精神医療であったこと。それが軍国主義の進展とともに治安維持を目的に強化されたこと。戦後は高度成長と核家族化が精神障害者の社会的排除に結びつき、それが、さらに収容型医療を促進したことなどがあげられる。これに比し、台湾においては、日本統治下のころには、精神病院が設けられてはいたが、施設数も少なく、収容型医療は日本本土ほどには根付かなかったこと。経済発展の時期も遅く、その恩恵が精神医療への普及にまで及んでいく時期には、すでに西洋型精神医療の形が変わっていた

こと。また、第二次戦後、中華民国となるに伴い、それまでの医学教育の流れが途切れ、精神医学においても、アメリカ合衆国で学んだ医師たちが帰国し、指導的役割をとることが増え、欧米における精神医療の変化、入院の短期化、予防や社会復帰の重視などが速やかに導入され、また、施策にも反映されやすくなっていること。

また、経済発展が遅くなったことは、家族やコミュニティの保護的な機能がある程度保たれ、それが、上記コミュニティ中心の精神医療の普及と重なる時期をもちえていることなどがあげられるであろう。

西安市では、その経済的発展は、身体医学の医療レベル、病院設備は整備されているが、精神医療の資源は少ない。大学附属病院でもある大総合病院には小規模精神科病棟がおかれ、進んだ精神医療が提供される場とはなっているが、その恩恵を受ける人たちは限られており、地域との結びつきも乏しい。精神科単科精神病院が入院需要の大半に対応しているが、ベッド数は人口規模に比しかなり少なく、入院期間も短く抑えられている。中間施設なども設けられておらず、家族や伝統的コミュニティの機能が残り、精神医療において、それらが支えている部分がなお大きいことが推察される。しかし、中国の都市は急速に変容しつつある。核家族化やコミュニティの崩壊も進んでいくであろう。また、我が国においても台湾の例を見ても、経済発展に伴い、精神疾患への認識は高まり、医療ニーズも増えていく。精神医療の必要性の認識の上昇に伴い、医師や施設の供給は増えていくであろうが、それがどのような形で提供されていくのであろうか。先述した咸陽市の診療所兼「昼間の居場所」は小

さなものではあるが、住民のニーズを感じた医療者のこの地域での最初の試みであり、受診者やその家族、他の医療関係者からの評価も高い。患者に直接接する医療者が、感じ取るニーズに応じた施設の有用性を改めて感じた機会であった。

精神医療システムのあり方は、精神医療の進歩だけでなく、それぞれの社会の歴史・文化背景、経済的発展度に応じたものが求められるということである。社会の近代化、経済的発展に伴い、精神疾患の社会的認知は高まるが、同時に、家族構成、コミュニティのあり方も変化していく。往々にして、精神疾患は、近代化し、変化したコミュニティから排除されていく。これを乗り越えて行くために、有効な活動を行っていたのは以下のような施設である。町の中におかれた小規模ナイトホスピタル。やはり、町の中に置かれ、就業先の訪問まで行うデイケア施設、自宅までの定期的往診、求められる地域での診療所活動と居場所の提供などである。これらが示しているのは、これからの精神医療が、入院の短期化、社会復帰を目出すだけでなく、医療の大部分を、コミュニティの中で行うという考え方の必要性を示唆していると考ええる。もちろん救急の受け入れや、それに伴う短期の入院システムは必要であるが、できるだけ、上記の諸活動を行える小規模な

施設をコミュニティの中に設け、それら間の連携を強めていくことが理想的であろう。また、失われていく伝統的なコミュニティのつながりを補うあらたなコミュニティの形成ともつながっていくことが求められている。

参考文献

西安統計年鑑（2009）
<http://www.xatj.gov.cn/article/sort052/sort0198/sort0199/info-3878.htm>

2) 西安交大附属二院小儿心理精神科
(2008)

<http://www.haodf.com/faculty/DE4r0BCkuHzduSIQ9FMhoLSNZn1O5/jieshao.htm>

3) 鳳凰網（2011/11/03）

<http://finance.ifeng.com/news/industry/20111103/4987365.shtml>

E. 研究発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」

分担研究報告書

欧米を主とした諸外国の精神保健医療福祉政策の調査、評価

－韓国・中国との比較としての、日本の困窮者とメンタルヘルス－

研究分担者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究協力者 的場 由木 (特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会)

川野 健治 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

趙 香花 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：

【目的】日本で実施されているホームレス状態等の困窮者（以下、生活困窮者と略す）対策、及び彼らが抱えているメンタルヘルスの問題についてまとめ、わが国の精神保健医療福祉政策の発展に役立つ資料とする。

【方法】日本の生活困窮者対策の変遷と概要をまとめた。また、データベース Cinii を用いて、①「貧困」「生活保護」「低所得」「ホームレス」「野宿」「路上」「困窮」、②「高齢」「若年」「障害」「就労」「自立」「支援」「精神疾患」「歴史」をキーワードとし、①と②に重複する文献を収集し、ホームレスと精神障害に関する研究成果のレビューを行った。日本におけるホームレスの定義、支援制度、生活困窮者の実態と抱えているメンタルヘルス上の問題を整理した。

【結果および考察】

日本では 1990 年代以降に生活保護受給者及び路上生活者が増加し、様々な相談機関、支援機関が登場した。生活困窮者支援の対象者となっているのは生活保護受給者だけではなく、路上生活者、帰住先のない刑事施設出所者、ネットカフェ等で生活する住居喪失不安定就労者などとなり、生活保護受給者のおよそ 1 割、路上生活者のおよそ 6 割が精神疾患を有しているという結果であった。その他、アルコール等の依存症の問題や自殺率の高さなども指摘されていた。また、全国で就労支援を中心とした自立支援が進められていく一方で、メンタルヘルスを含めた多様な問題を抱えているために一般就労による生活の安定が難しいことが指摘されている。生活保護においては、自立支援プログラムが策定されているが、自立支援プログラムの内容に長期入院患者や精神障がい者の地域生活支援に関わるものが多いことから生活困窮者の中心的な課題としてメンタルヘルスの問題が存在していることが考えられる。

【結論】

日本においては生活保護の見直しによる自立支援プログラムやホームレス自立支援法などの自立に向けた新しい制度がつけられている一方で、既存の制度ではなかなか自立できない生活困窮者が存在することが指摘されており、その理由として精神障害などのメンタルヘルスの課題を抱えていることが考えられる。今後、生活保護受給者をはじめとした生活困窮者の支援にメンタルヘルスの視点がますます必要となってくるとともに、諸外国との比較研究を含めて生活困窮者における精神障害者の実態についての研究がさらに進められることが望まれる。

A. 研究目的

本研究では脱施設化や格差の拡大等で話題になることが多いホームレス状態等の困窮者

（以下、生活困窮者と略す）のメンタルヘルスの問題に焦点を当て、諸外国の関連情報の収集を行う。

ここでは日本で実施されている生活困窮者への対策とメンタルヘルスの問題についてまとめ、わが国の今後の精神保健医療福祉政策の発展に役立つ資料とする。

B. 研究方法

日本で公表されている文献を基に、下記の3つの作業を行った。

1) 日本の生活困窮者対策の変遷と概要をまとめた。

2) データベースにCiniiを用いた文献検索を行った。①「貧困」「低所得」「生活保護」「ホームレス」「野宿」「路上」「困窮」、②「高齢」「若年」「障害」「就労」「自立」「支援」「精神疾患」「歴史」をキーワードとし、①と②に重複する文献を抽出し、ホームレスと精神障害に関する研究成果のレビューを行った。

3) 上記の作業を通して、日本におけるホームレスの定義、支援制度、生活困窮者の実態と抱えているメンタルヘルス上の問題を整理した。

(倫理面への配慮)

本研究は、各国の公的機関が公表した資料および各国で発表されている先行研究に基づいた文献研究であるため、倫理的な問題は特にない。

C. 研究結果

日本におけるホームレス者対策とメンタルヘルスの実態

1. 貧困救済政策の変遷

日本の救貧政策は1874年に施行された恤救規則にまで遡ることができるが、恤救規則での対象者は「極貧ノ者独身ニテ廢疾ニ罹リ産業ヲ営ム能ハサル者」とされており、対象者は限定されていた¹⁾。1929年に救護法が制定され、「一般窮民」を対象とした「一般救護事業」と、軍人救護、行旅病人救護、罹災救護、結核と精神病者監護、伝染病などを対象とした「特殊救護事業」できた。「一般窮民」は労働ができない人が対象とされ、①65歳以上の老衰者、②13歳以下の幼者、③妊産婦、

④疾病傷者などが具体例であった。その後、1937年の軍事扶助法と母子保護法、1941年の医療保護法、1942年の戦時災害保護法が制定された²⁾。

戦後においては、1945年の生活困窮者緊急生活援護要綱を経て、1946年に旧生活保護が制定されたが、1950年に全面改正となり新生活保護法が制定された³⁾。

以降生活保護法は最低生活を保障するものとして現在まで続いている制度であるが、1990年代から指摘され始めた路上生活者の増加を受け、1999年に「ホームレス問題に対する当面の対応策について」がとりまとめられた後、2002年に「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法（以下ホームレス自立支援法）」が施行され、2003年に「ホームレスの自立の支援等に関する基本方針」が策定された⁴⁾。この「ホームレス自立支援法」は2012年8月をもって期限を迎える予定となっている。

2. 生活困窮者の概況

1) 生活保護受給者

1993年以降、約20年にわたって生活保護受給者の数は増加を続けている²⁾。2011年12月の被保護世帯人員（福祉行政報告例、平成23年12月分概数）は2,079,761人であり、生活保護受給世帯の内訳は、高齢者世帯640,339、母子世帯115,644、障害者世帯171,859、傷病者世帯321,648、その他の世帯257,674となっている⁵⁾。

2) ホームレス

ホームレス自立支援法ではホームレスを「都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を故なく起居の場所として日常生活を営んでいる者」と定義している。この法律に基づいて男女別ホームレス数及び場所別ホームレス数が調査されている。平成23年度の全国のホームレス数は10,890人であり、平成19年度（18,564人）以降、減少を続けている⁶⁾。

3) 帰住先のない刑事施設出所者

帰住先のない刑事施設出所者は出所後にホ

ームレス状態となる可能性がある。平成 18 年の法務省特別調査では、矯正施設における満期釈放者のうち、親族等の受け入れ先のない者が約 7200 人であり、高齢又は障害のために自立困難な者は約 1000 人に達すると報告している⁷⁾。また、平成 22 年における満期釈放者 (14,975 人) のうち、適当な帰住先のない者は 7,115 人である⁸⁾。

4) 住居喪失不安定就労者

路上生活ではないが、住居がなく、ネットカフェ等で常連的に (週半分以上) 寝泊りしている「住居喪失不安定就労者」の数は、全国で約 5400 人であると推計されている⁹⁾。

5) 低所得者

生活保護は申請により利用となる制度であるため、生活保護を受けていないが生活保護基準以下で生活している低所得者は生活困窮者に含めることができる。生活保護の捕捉率

(所得が生活保護基準以下の世帯の内、生活保護を受けている世帯の比率) に関連した政府の推計によると、2004 年の全国消費実態調査 (生活扶助+教育扶助) を基準とした推計で 87.4%、2007 年の国民生活基礎調査 (生活扶助+教育扶助+高等学校等就学費) を基準とした推計で 32.1%となっている¹⁰⁾。また、生活保護の捕捉率については 20%程度であると分析する先行研究がある^{11) 12)}。

3. 日本における生活困窮者のメンタルヘルスの調査・研究

1) 生活保護受給者のメンタルヘルス

生活保護受給者の精神疾患の有無については、平成 21 年の調査で 1,673,600 人のうち精神疾患ありが 161,800 人 (9.7%)、精神疾患なしが 1,511,900 人 (90.3%) と報告されている¹³⁾。さらに、生活保護受給者の自殺率は、平成 20 年で被保護人員 10 万対 54.8、平成 21 年で同 62.4、平成 22 年で同 55.7 となっており、全国の自殺率よりも高い¹⁴⁾。また、世帯類型別にみると高齢者世帯員については精神疾患のないの方が自殺者が多い傾向にあるが、高齢者世帯以外については精神疾患のあ

るの方が自殺者が多い傾向にある¹⁵⁾。

また、特別区の保護施設等利用者調査では、入所時に「精神系」疾病が「有」であったケースは 2007 年度で「一般更生施設」が 35.3%、「女性更生施設」が 62.9%となっている¹⁶⁾。

2) ホームレスのメンタルヘルス

路上生活者の調査については聞き取り調査が多く、健康状態については主観的な健康について調査されたものがほとんどである。しかし、精神科医や臨床心理士のチームによる精神疾患有病率に関する調査が東京都の一地区において実施されており、精神疾患ありの診断は 62.5%という結果が報告されている¹⁷⁾。同調査の精神疾患の内訳はうつ病 (41.3%)、アルコール依存症 (15%)、幻覚や妄想などの精神病性障害 (15%) であり、自殺の危険がある者が 55.7%、過去の自殺未遂歴のある者は 31.6%である。

また、大阪市における救急搬送要保護傷病入院患者調査では、アルコール依存症の入院歴を有する者が約 1 割おり、飲酒習慣を有する者の中で過度の飲酒者が約 3 割、入院時禁断症状を呈する者が約 1 割いたと報告されている¹⁸⁾。さらに大阪におけるホームレスの死亡調査では、年間で 294 例のホームレスの変死のうち 47 例 (16%) が自殺であった¹⁹⁾。

4. 日本における生活困窮者への支援

1) 生活保護受給者への支援

生活保護受給者の増加と受給期間の長期化などの状況を改善するため、2005 年度より生活保護受給者を対象とした自立支援プログラムの策定が進められている。自立支援プログラムによる自立支援には、経済的自立のための支援 (就労自立支援)、身体や精神の健康を回復・維持し、自分で自分の健康・生活管理を行うなど日常生活において自立した生活を送るための支援 (日常生活自立支援)、社会的なつながりを回復・維持するなど社会生活における自立の支援 (社会生活自立支援) が含まれている²⁰⁾。プログラムの内容は自治体によって違いがあるが、具体的には就労支援プ

プログラム、長期入院患者退院促進事業、元ホームレス生活者に対する自立支援プログラム、ひきこもり者に対する自立支援プログラム、自己破産手続き支援事業、精神障がい者在宅生活支援プログラム、精神科等受診支援プログラムなどが実施されている^{21) 22)}。

また、生活保護法に基づいた保護施設には「救護施設」「更生施設」「授産施設」「宿所提供施設」があり、保護施設の在所有者数は2010年では19,745人である²³⁾。その他の法律に基づいた高齢者施設、障害者施設、婦人保護施設等においても施設保護としての利用がある²⁴⁾。

2) ホームレスへの支援

ホームレスに対する支援は、①路上生活者に対する、食糧・衣類の提供、散髪、入浴・シャワーの提供、健康支援などの「応急援護」、②ホームレス自立支援センターや無料低額宿泊所などの住居確保や就労支援を行う「中間施設支援」、③路上生活にならないようにするための「野宿回避支援」、④再び不安定な生活にならないようにするための「地域生活継続支援」などが行われている²⁵⁾。

2002年から2012年までを期限として制定されたホームレス自立支援法に基づく支援としては巡回相談事業および自立支援センターがあるが、施策の実施を自治体の努力義務としたために地域差が生じていることや家族が経済的にも支えきれなくなって家庭外へはじき出されたニートやひきこもり層、知的障害や発達障害といった新たな層としての若年層が加わり、「就労による経済的自立」を目標とした法律に限界があったことなどが指摘されている²⁶⁾。

3) 帰住先のない刑事施設出所者への支援

福祉の支援を必要とする矯正施設等を退所した人を地域で支えるための「地域定着支援センター」が各都道府県に1ヵ所設置され、矯正施設と福祉事業との橋渡しが行われている²⁷⁾。

4) 住居喪失不安定就労者への支援

住居がなく、ネットカフェ等で寝泊りしな

がら不安定な就労状態にある人たちに対する相談窓口として東京、大阪、愛知、神奈川に住居喪失不安定就労者支援センター「チャレンジネット」が設置され、大阪では市民ネットワークによる支援が始まっている²⁸⁾。

5) 複合的な課題を抱えた困窮者への支援

「パーソナル・サポート・サービス事業」は複合的な課題を抱えた生活困窮者の多様なニーズに合わせて制度横断的に支援のコーディネートを行い、状況変化に応じた継続的な伴走型の支援によって自立生活の継続を図る事業であり、2010年10月から2012年3月まで全国各地でモデル事業が実施されている。支援の内容は就労支援に留まらず、日常生活のサポートや社会的居場所の確保が含まれ、事業の対象者については就職困難者、生活保護受給者、若年者やひきこもり、ニート、障害者、母子世帯、DV被害者、ホームレス、刑務所等出所者、多重債務者など多様である²⁹⁾。

D. 考察

本研究では、日本における生活困窮者対策とメンタルヘルスの問題について文献検討を行った。

日本では1990年代に入ってから生活保護受給者及び路上生活者の数が増加し、就労支援を中心とした様々な相談機関、支援機関が登場している。しかしながら、メンタルヘルスを含めた多様な課題を抱えているために一般就労による生活の安定が難しい生活困窮者が少なくないことや支援資源に地域格差があることなどが指摘されている。また、生活保護受給者が増加を続けている理由のひとつとして既存の労働政策や福祉制度などで支えることが難しい人たちが生活保護制度の利用に至っていることが考えられる。こうした状況の中で、生活保護においては、自立支援プログラムが策定されているが、自立支援プログラムの内容に長期入院患者や精神障害者の地域生活支援に関わるものが多いことから生活困窮者の中心的な課題としてメンタルヘル

スの問題が存在していることが考えられる。

E. 結論

日本における生活困窮者対策とメンタルヘルスの問題についてまとめ、今後の精神保健医療福祉政策の発展に役立てる資料とするための文献検討を行った。その結果、日本においては生活保護の見直しによる自立支援プログラムやホームレス自立支援法などの自立に向けた新しい制度がつけられている。一方で既存の制度ではなかなか自立できない生活困窮者が存在することが指摘されており、その理由として精神障害などのメンタルヘルスの課題を抱えていることが考えられる。今後、生活保護受給者をはじめとした生活困窮者の支援にメンタルヘルスの視点がますます必要となってくるとともに、諸外国との比較研究を含めて生活困窮者における精神障害者の実態について、精神保健医療福祉の関心を高め、研究がさらに進むことが期待される。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 引用文献

- 1) 谷沢弘毅：方面委員から民生委員へ。札幌学院商経論集 .23(1). 2006
- 2) 橋木俊詔・浦川邦夫：日本の貧困研究。東京大学出版会.2006
- 3) 岩永理恵：生活保護は最低生活をどう構想したか。ミネルヴァ書房.2011.
- 4) 青木秀男(編)：ホームレス・スタディーズ。ミネルヴァ書房. 2010
- 5) 厚生労働省：福祉行政報告例（平成 23 年 12 月分概数）.2012
- 6) 厚生労働省社会・援護局地域福祉課：ホームレスの実態に関する全国調査（概数調査）結果について.2011
- 7) 平川隆啓：矯正施設等を出所した人たちにかかわる支援の実際。ホームレスと社会.3. 80-89.2010
- 8) 法務省：2010 年（度）年報 矯正統計.
- 9) 厚生労働省職業安定局：住居喪失不安定就労者等の実態に関する調査報告書. 2007.
- 10) 厚生労働省社会・援護局保護課：「生活保護基準未満の低所得世帯数の推計について」. 2010
- 11) 駒村康平：低所得世帯の推計と生活保護制度.三田商学研究.46(3). 2003
- 12) 駒村康平：特集「貧困化する日本と政策課題」の解題も兼ねて.社会政策研究.9. 2009
- 13) 厚生労働省社会・援護局保護課：第 6 回社会保障審議会生活保護基準部会（資料 1：第 5 部会における委員の依頼資料）.2011
- 14) 厚生労働省社会・援護局保護課：第 5 回社会保障審議会生活保護基準部会（資料 1：第 4 部会における委員の依頼資料）.2011
- 15) 厚生労働省社会・援護局保護課：第 4 回社会保障審議会生活保護基準部会（参考資料 2：生活保護受給者の自殺者数について）.2011
- 16) 北川由紀彦：特別区の保護施設等利用者調査から。ホームレスと社会.4. 2011
- 17) 森川すいめい・上原里程・奥田浩二他：東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率。日本公衆衛生雑誌. 58(5). 2011
- 18) 高鳥毛敏雄・多田羅浩三・黒田研二・逢坂隆子：救急搬送要保護傷病入院患者調査からみた保健医療システムの課題の検討。社会医学研究 .22.2004
- 19) 逢坂隆子・高鳥毛敏雄・黒川渡・山本繁・

- 黒田研二・西森琢・井戸武實：大阪におけるホームレスの健康支援.社会医学研究.25.2007
- 20) 池田和彦：生活保護制度における「自立支援」の意味.筑紫女学園大学・筑紫女学園大学短期大学部紀要.2.2007
- 21) 戸田典樹：生活保護業務における「自立支援プログラム」の評価と課題.龍谷大学大学院研究紀要（社会学・社会福祉学）.14.2006
- 22) 岡部卓・副田あけみ・矢嶋里絵・稲葉昭英・和気純子・堀江孝司・榎野葉月：生活保護における自立支援プログラム.人文学報（社会福祉学）.24.2008
- 23) 厚生労働省：平成22年社会福祉施設等調査.
- 24) 池田和彦：生活保護制度における居宅保護と施設保護.筑紫女学園大学・筑紫女学園大学短期大学部紀要.6.2011
- 25) 水内俊雄：ホームレス支援による居住支援の試みとインナーシティ再生.貧困研究.4.2010
- 26) 沖野充彦：ホームレス自立支援法の10年とこれからの課題.ホームレスと社会.5.2012
- 27) 松友了：地域生活定着支援事業：創設の経過と展望.ホームレスと社会.2.2010
- 28) 沖野充彦：市民ネットワークとしての「大阪希望館」の出発.ホームレスと社会.1.2009
- 29) 垣田裕介：パーソナル・サポート型支援による社会的包摂の可能性.大分大学経済論集.63(4).2011

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」

分担研究報告書

欧米を主とした諸外国の精神保健医療福祉政策の調査、評価

－ホームレス状態等の困窮者のメンタルヘルスについての国際比較－

研究分担者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究協力者 趙 香花 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

的場 由木 (特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会)

川野 健治 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：

【目的】韓国・中国で実施されているホームレス状態等の困窮者（以下、ホームレス者と略す）対策、及び彼らが抱えているメンタルヘルスの問題についてまとめ、わが国の精神保健医療福祉政策の発展に役立てる資料とする。

【方法】両国の学術データベース等で、日本語標記で、①「ホームレス」「露宿舎」「浮浪者」「物乞い」、②「精神疾患」「精神保健(福祉)」「精神障害(者)」に相当する単語をキーワードとし、①と②に重複する文献を収集した。

【結果および考察】両国とも、1970年代に始まった農村人口の都市流入過程でホームレス者が急増しており、ホームレス者増加の時期と社会的背景は類似していた。国の対策を見ると、韓国の対策は、規制による社会防衛的な強制措置から社会復帰と福祉の増進を目的とした対策へと発展している。一方、中国の対策は、当初の強制措置から本人の同意に基づく救助へと改正されたものの、ホームレスへの支援は一時的・臨時的な問題解決に限られている。

韓国では浮浪人施設・露宿人施設の2種類のホームレス者の入所施設があるが、それぞれの施設入所者に占める精神疾患患者の割合は、浮浪人施設 42.2%、露宿人施設 11.9%であった。中国では全国で救助したホームレス者の6.3%が精神疾患患者であった。なお、北京市、杭州市等の地域別の調査ではホームレス者に占める精神疾患患者の割合がそれぞれ9.6%と3.0%であるなど、人口密集地や経済成長が著しい大都市ほどその割合が高いようであった。

精神疾患を持つホームレス者への対応や支援の動向を見ると、韓国では2012年6月から施行される露宿人支援法により、従来の浮浪人・露宿人施設は、療養施設、診療施設、リハビリ施設等の7つの施設に機能分化され、メンタルヘルスの支援が必要な精神障害者の社会復帰及び福祉の向上が期待されている。一方、中国の対策は従来の強制措置から本人の同意に基づく救助へと改正されているが、精神疾患を持つホームレスにとっては、自ら救助を求める、または救助に同意することが困難であるため、彼らのホームレス状態の長期化が懸念されている。

【結論】日本、韓国、中国などのアジアの諸国は、ともに経済成長と社会の急速な変化を経験しており、ホームレス問題の深刻化とともに、精神疾患を抱えたホームレス者への社会的支援への関心が高まる可能性がある。今後、韓国、中国などとの間で国際的な研究交流の発展が期待される。

A. 研究目的

欧米では1960年代から精神障害者の脱施設化を進めていたが、その進行に伴う精神障害者のホームレス化と刑務所への収監が社会

問題となった(1,4)。しかし、社会や家族からの支援の乏しい精神障害者の場合、脱施設化の有無にかかわらず、ホームレス状態に陥りやすかったことも推測され、わが国のホーム

レス状態を経験した人の調査においてもそのような実態が明らかにされつつある3)。

わが国では、精神保健医療制度を含む社会保障改革が進展していくと予想されるが、その際、社会から弾き出されるように発生するホームレスの問題とそのメンタルヘルス支援は避けて通れない課題となる。特に、ホームレス状態の予防、ホームレス状態からの脱却に向けて、メンタルヘルスが果たせる役割をしっかりと検討していく必要がある。

上記のような観点から、本研究では脱施設化や格差の拡大等で話題になることが多いホームレス状態等の困窮者（以下、ホームレス者と略す）のメンタルヘルスの問題に焦点を当て、諸外国の関連情報の収集を行う。

特に近隣諸国である韓国と中国で実施されているホームレス者への対策とホームレス者が抱えているメンタルヘルスの問題についてまとめ、わが国の精神保健医療福祉政策の発展に役立てる資料とする。

B. 研究方法

韓国と中国で公表されている文献を基に、下記の3つの作業を行った。

1)各国のホームレス対策の変遷と概要をまとめた。

2)各国の学術論文データベース等で、日本語標記で、①「ホームレス」「露宿舎」「浮浪者」「物乞い」、②「精神疾患」「精神保健(福祉)」「精神障害(者)」に相当する単語をキーワードとし、①と②のそれぞれに含まれているいずれのキーワードと重複する文献を抽出し、ホームレスと精神障害に関する研究成果のレビューを行った。

3)上記の作業を通して、各国におけるホームレスの定義、支援制度、ホームレス者の実態と抱えているメンタルヘルス上の問題を整理した。

(倫理面への配慮)

本研究は、各国の公的機関が公表した資料および各国で発表されている先行研究に基づいた文献研究であるため、倫理的な問題は特

にない。

C. 研究結果

結果 I

韓国におけるホームレス対策とメンタルヘルスの実態

1. ホームレス対策の変遷

韓国のホームレス者対策は、1997年から1998年にかけて発生したIMF(国際通貨基金)による経済危機を基点に、IMF以前の「浮浪人対策」とIMF以降の「露宿者対策」の二元化が進められてきた。

「浮浪人対策」は、元々生業手段が無く、路上を徘徊する人等を対象としているのに対し、「露宿者対策」は、IMF以降に発生した失業者等が主な対象となっている。

上記のような、韓国におけるホームレス者対策の経緯は、1970年代に急増した農村人口の都市定着過程で生じた浮浪人問題が始まりであった20)。

ホームレス者に対する政府の介入は、1975年に出された「浮浪人の通報、取締、收容保護と帰省および事後管理に関する業務指針(1987年3月廃止)」であるが、その内容は社会防衛が主であった。

1981年には、浮浪人施設の拡充を主とした「浮浪人保護対策」を打ち出し、1986年までの5年間で、現存の浮浪人施設(建築面積)の85.6%に該当する施設を開設した19)。

ホームレス者に対する支援が法的根拠に基づくようになったのは90年代末である。1999年に改正された「社会福祉事業法(1970)」34条には、浮浪人福祉施設の設置に関する文言が加わり22)、翌年の2000年には保健福祉部による「浮浪人福祉施設の設置・運営に関する規則」が定められ、2010年には「浮浪人および露宿者保護施設の設置・運営に関する規則」と改正された。

そして、2011年には、ホームレス者の社会復帰と福祉の増進を目的とした「露宿人などの福祉および自立支援に関する法律(以下、露宿人支援法(2012年6月施行)」が制定され、

従来の浮浪人対策と露宿者対策が一元化されることになった。

2. 「露宿人支援法」の概要

1) ホームレス者の定義(第2条)

「露宿人など」とは、以下の項目のいずれかに該当する保健福祉部令で定めた人である。

- ① 相当な期間を一定の居住地が無く生活している人
- ② 露宿人施設を利用する、または露宿人施設で相当な期間生活している者
- ③ 居住環境としての適切性が明らかに低いところで、相当な期間生活している者

2) ホームレス者への支援

露宿人支援法によって提供される福祉サービスは、①居住支援、②給食支援、③医療支援、④雇用支援、⑤応急措置等である(第10条～第14条)。

なお、居住支援としては、①露宿人福祉施設、②社会福祉法に基づく福祉施設及びその他の関連法に基づく保護施設、③賃貸住宅の供給、④臨時居住費の支援、⑤その他の大統領令に基づく居住支援の5つに分類した(第10条)。

さらに、「露宿人福祉施設」は、その機能別に①一時保護施設、②自活施設、③リハビリ施設、④療養施設、⑤給食施設、⑥診療施設、⑦その他保健福祉令に定める施設、の7つに細分化している(第16条)。

3) 「露宿人支援法」による義務

露宿人支援法では、露宿人等の予防および権益保護における国家、地方自治体の責任を明確にし、5年ごとの「露宿人などの福祉および自立支援総合計画(以下、総合計画)」、及び1年ごとの施行計画の策定が義務付けられている(第7条～第8条)。また、本法の施行による支援効果を検証するため、5年ごとの実態調査の実施が定められている(第9条)。

3. 韓国社会のホームレス者のメンタルヘルスの実態

1) 二元化したホームレス者対策

2011年、露宿人支援法が成立するまでの韓

国のホームレス者対策は「露宿人対策」と「浮浪人対策」の二元化で進められ、支援の対象と内容も異なっていた(表1)^{18,21)}。

露宿人対策の実施主体は地方自治体で、2010年の統計によると、路上生活している露宿人1,074人を含めた計4,287人の露宿人を支援していた。一方、浮浪人対策の実施主体は国家で、支援の対象は浮浪人施設51カ所の入所者全員(8,958人)であった¹⁸⁾。

2) 露宿人・浮浪人施設入所者の比較

表2は、2003年韓国保健社会研究院が実施した露宿人・浮浪人施設入所者の実態調査の結果である。本調査は全国の浮浪人施設38カ所に入所した全ての浮浪人10,182人、及び露宿人施設105カ所に入所した3,370人(全国露宿人施設の86%)を対象とした、全国調査である¹⁹⁾。

① 性別

露宿人施設では男性が91.4%、女性が8.6%と男性が大多数を占めているのに対し、浮浪人施設では男性が64.7%、女性が35.3%であった。

② 年齢

浮浪人施設では20歳未満が1.8%、20歳以上40歳未満が21.7%、40歳以上60歳未満が53.3%、60歳以上が23.2%であった。露宿人施設では20歳未満が4.5%、20歳以上40歳未満が25.6%、40歳以上60歳未満が54.7%、60歳以上は16%で、両施設における年齢の分布は類似していた。

③ 学歴

浮浪人施設では学歴なしが40.6%で、全体の4割を占めていた。また、小卒以下25.6%、中卒以下16.2%と、全体の82.4%は中卒以下の低学歴で、高卒以上は2割弱であった。

一方、露宿人施設では学歴なしが5.7%、小卒は23.7%、中卒は28.7%と、中卒以下の低学歴者は58.1%で、高卒以上の者が4割以上を占めていた。

④ 入所期間

浮浪人施設では10年以上の長期入所者が30.0%と最も多く、次いで1年以上5年未満が28.3%、1年未満が22.2%、5年以上10年未満

が19.6%であった。

一方、露宿人施設では1年未満が74.2%と最も多く、次いで1年以上5年未満が25.6%、5年以上の長期入所者は1%未満であった。

3) 露宿人・浮浪人のメンタルヘルスの実態

表3は、2005年から2010年までの露宿人・浮浪人の推移を示している。韓国の露宿人・浮浪人は、2005年の15,785人から2010年の13,145人へと減少している。露宿人の大多数はアルコール依存症、高血圧、呼吸器疾患などに罹患しているとされ、浮浪人の9割以上は健康に異常があるとされている¹⁸⁾。

中央精神保健事業支援団事業報告書、及び保健福祉部による浮浪人・露宿人の推移からは、浮浪人施設入所者の42.2%、露宿人施設入所者の11.9%が精神疾患患者であることが推定される^{18,24)}。

露宿人の11.2%が精神健康上の問題を抱えていることから、ソウル市では2007年から精神疾患患者、または女性の精神疾患患者、アルコール依存者のためのシェルター等を開設し、露宿人のメンタルヘルスニーズに特化した運営を始めている²³⁾。

結果Ⅱ

中国におけるホームレス者対策とメンタルヘルスの実態

1. ホームレス対策の変遷

建国以降のホームレス者管理—ホームレス者への強制措置

50年代の中国では、ホームレス者の救済と売春婦の補導を共に「生産教養工作」と称し、ホームレス者と売春婦の管理を同一部門で行った。50年代当初、全国には900箇所以上の「生産教養施設」が作られ、40万人以上のホームレス者が収容されていた¹⁴⁾。

70年代末からは、改革開放政策の実施と共に農民たちの都市部での出稼ぎが始まるが、農村人口の都市進出は、大量の流動人口を生み出すと同時にホームレス者の増加を招いた¹⁴⁾。

1982年、政府は出稼ぎ等で急増したホームレス者の救済、および社会の安定を図るための

「都市部浮浪乞食収容送還法」を制定し、ホームレス者の強制収容・送還を行った⁷⁾。

しかし、2000年時点で1億2千万人の大規模の流動人口を抱え、急速な経済発展と社会変動を経験していた中国においては、強制力を持つ「都市部浮浪乞食収容送還法」の適用が大きな社会問題となり、制度廃止につながる下記のような事件を起こすまでに至る。

都市部住所不定の浮浪乞食救助管理法の制定(2003年)—自主救助への変容

2003年6月、中国では「孫志剛事件」を契機に、強制措置である「都市部浮浪乞食収容送還法」を廃止し、本人の同意に基づく救助を柱とした「都市部住所不定の浮浪乞食救助管理法(以下、浮浪乞食救助法)」を制定した(当年、8月より実施)。

「孫志剛事件」とは、2003年3月に新卒で湖南省から広州市の会社に就職した「孫志剛」という青年が、住民証を持参せず外出したところ、ホームレス者と間違われて収監された後、収監先の職員らに撲殺された事件である。孫志剛事件に関わった12人の被告には、死刑2人、無期懲役1人、有期懲役3年～15年9人という判決が下された。

孫志剛事件は、中国社会に大きな波紋を起こすこととなり、この事件を契機にホームレス者が自ら救助を求める、または本人の同意を得て救助することを柱とした「浮浪乞食救助法」が制定された。

2. 「浮浪乞食救助法」の概要

浮浪乞食救助法には、ホームレス者への救助は臨時的社会救助であると明記し、県以上の都市では必要に応じてホームレス者の救助センターを設置することが定められている(第2条)。

1) ホームレス者の定義

ホームレス者の定義は「浮浪乞食救助法実施細則」第2条に定めた4つの条件を充たす者である。

- ① 自分で食・住が解決できない。
- ② 親族、親友など支援を求める親類がいない。

③ 生活保護を受けていない。

④ ホームレス、物乞いで生活している人。

2) ホームレス者への支援

ホームレス者にはニーズに応じて①食事の提供、②宿泊提供、③医療機関への移送、④家族、親族、所在地等への連絡、⑤帰省切符の提供など、5種類の支援が無償で提供されている。上記のサービスの提供期間は10日間で、延長が必要な場合には所管の民政部门に申請する必要がある。

居住地が不明な者や帰る居場所がない高齢者、障害者、未成年者などは関連の福祉施設に移送する。

3. 中国社会のホームレス者の実態

1) ホームレス者に関するデータ

2010年の民政部統計によると、全国に設置されているホームレス者の救助センターは1448箇所、ベッド数は5万床である。

2010年の1年間に救助したホームレス者は全国で延べ171.9万人(うち、18歳未満の未成年は14.6万人)であった¹³⁾。

先行研究によるホームレス者の性別は、男性約7割強、女性約3割弱であった^{8,12,16)}。年齢別では、18歳未満が18.2%、18歳以上60歳以下が56.9%、60歳以上の高齢者は24.9%であった¹⁶⁾。

ホームレス者の大半は、出稼ぎのため故郷を離れた農村人口で、全体の約6割¹⁴⁾から8割⁸⁾を占めている。中国の流動人口は、2000年の1億2千万人から⁹⁾2011年には2億2千万人⁹⁾へと増加し、2020年から2030年の間には約5億人までに増加すると推定されており⁶⁾、流動人口の増加に伴うホームレス者の急増が懸念されている。

2) ホームレス者に関わる社会問題

先行研究によると、ホームレス者の定義に定められている4つの条件を全て満たしている者は2.7%¹⁴⁾から25.9%¹⁷⁾で、乞食稼業で収入を得ることを目的とした、いわゆる「職業ホームレス」が8割以上であるとされている¹²⁾。これら「職業ホームレス」による深刻な社会問題の一つは、

児童誘拐や児童の人身売買等の犯罪事件である。

事例:「職業ホームレス」と児童誘拐事件

深圳市には、乞食で年間20~30万円(約300~450万円)を稼ぐ「乞食富豪」と呼ばれた男がいた。この男は繁華街の歩道橋を根城とし、病気や身体障害のある子供3、4人に乞食をさせていたが、重病の子供はしばしば居なくなり、しばらくすると同じような病気を持った新しい子供を連れて来たという。

捜査の結果、この男は誘拐して来た病気や身体障害の子供の腕を捻り折ったり、脚を切断したりして、無残な状態を作って乞食をさせていたことが判明した²⁾。

上記のように、中国では乞食を装った金稼ぎやそれに絡む児童誘拐、児童の人身売買等の犯罪がホームレス問題の中に潜んでいる。

4. ホームレス者のメンタルヘルスの実態

中国には、約1,600万人の重症精神疾患患者がいる。そのうち、ホームレス状態にある者は約3.84~6.08万人と推定されている⁵⁾。

2003年度(8月~12月)のデータでは、全国で救助されたホームレス者177,693人のうち、精神疾患を有する者は11,137人で、全体の6.3%を占めていた¹⁶⁾。

ホームレス者に占める精神疾患患者の割合を示した地域別調査を見ると、常住人口870万人の杭州市では3.0%¹⁷⁾、常住人口1,960万人の北京市では9.6%⁸⁾であるなど、人口密集地や経済成長が著しい都市ほどホームレス者に占める精神疾患患者の割合が高いようであった。

5. ホームレス状態から入院した精神疾患患者の実態

ホームレス状態から入院した精神疾患患者の先行研究では、下記のような結果が報告された。

1) 男性患者が約4割から7割、女性患者は約3割から6割^{10,11,15)}であった。

2) 疾患別では統合失調症の患者が8割以上と最も多く、身体合併症の患者は4割弱から5割強^{10,15)}であった。

3) もっとも少なかったのは、薬物・アルコール依

存患者で全体の1%弱であった¹¹⁾。

4) 女性患者の5割以上はレイプを受けたとされ⁵⁾、入院時妊娠している女性患者も少なくない¹⁰⁾。

D. 考察

本研究では、韓国と中国におけるホームレス者対策と抱えているメンタルヘルスの問題についての文献検討を行った。

韓国と中国では、1970年代に始まった農村人口の都市流入過程でホームレス者が急増しており、両国におけるホームレス者増加の時期と社会的背景は類似していた。

急増したホームレス者への初期対策は、両国とも社会防衛が主眼の強制措置であったが、近年の韓国ではホームレス者の社会復帰と福祉の増進を目的とした対策へと発展している。2012年6月から施行される露宿人支援法では、ホームレス者関連施設を、療養施設、診療施設、リハビリ施設等の7つの施設に機能分化し、メンタルヘルスの支援が必要な精神障害者への社会復帰と福祉の向上が期待されている。

一方、中国の対策は、従来の強制措置から本人の同意に基づく救助へと改正されたものの、救助の目的は一時的・臨時的な問題解決であって、ホームレス者の社会復帰や福祉の向上を目指すまでには至っていない。また、精神疾患を持つホームレス者の多くは、自ら救助を求める、または救助に同意することが困難であると予想されることから、彼らのホームレス状態の長期化が懸念されている。

E. 結論

韓国・中国で実施されているホームレス者対策、及び彼らが抱えているメンタルヘルスの問題についてまとめ、わが国の精神保健医療福祉政策の発展に役立てる資料とするため、両国の学術データベース等による文献検索を行った。その結果、韓国ではホームレス関連施設の機能分化を図り、ホームレスの社会復帰と福祉の向上を目指していると考えられた。一方、中国のホームレス者対策は、一時的・

臨時的問題解決が目的であって、ホームレス者の社会復帰と福祉の向上までには至っていないと考えられた。アジアの諸国は、ともに経済成長と社会の急速な変化を経験しており、精神疾患を抱えたホームレス者への社会的支援への関心が高まる可能性がある。今後、韓国、中国などとの間で国際的な研究交流の発展が期待される。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

趙香花, 野中猛: 韓国における精神保健医療福祉の歴史と現状. 日本社会精神医学会雑誌 21(1). 2012

2. 学会発表

趙香花・竹島正: 中国のホームレスとメンタルヘルスの現状. 第31回日本社会精神医学会. 2012. 3.15-16

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

I. 引用文献

日本語文献

- 1) 浅井邦彦: 世界からみた日本の精神保健医療の特徴. 新福尚隆・新福尚隆編集. 世界の精神保健医療—現状理解と今後の展望—. ヘルス出版. 2009.
- 2) 北村 豊: 農業よりもホームレスがもうかる中国のいびつな現実—76歳の老人が乞食社会に侵入2ヶ月にわたって実態を調査. 日経ビジネス. 2007年1月19日 <http://business.nikkeibp.co.jp/article/world/20070118/117178/?P=4> (2011年10月21日確認)
- 3) 森川すいめい・上原里程・奥田浩二他: 東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率. 日本公衆衛生雑誌. 58(5).

2011

- 4) 新福尚隆：ニューヨク州における精神医療政策の変遷と触法精神障害者への対応—入所施設での対応を中心に—。臨床精神医学。32(4)。2003

中国語文献

- 5) 曾蘇. 劉多敏：中国における精神疾患患者のホームレスの現状と問題解決の糸口。中国民康医学。21(6)。2009.
- 6) 陳昌毅：都市部のホームレス問題と救済についての検討。民政部政策センター。2008
- 7) 城市流浪乞討人員收容遣送办法。1982.
- 8) 董小平. 曹兰鎖, 樊建兵：社会救助管理事業の問題と対策研究。北京市朝陽区民政局。2008.
- 9) 国家人口計画生育委員会：中国流動人口發展報告 2011.
- 10) 何永平. 海口地区ホームレス精神疾患患者 227 例の臨床現状の分析。中国熱帯医学。8(7)。2008.
- 11) 劉連琦. 周平：216 例のホームレス精神疾患患者の臨床特徴の分析。中国民康医学。20(23)。2008.
- 12) 江蘇省常州市救助管理所：常州市ホームレス救助管理の現状調査。2008.
- 13) 民政部：2010 年の社会サービスの發展統計報告
<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/mzyw/201106/20110600161364.shtml>(2011.10.7 確認)
- 14) 王健：ホームレスの社会救助と社会統制—成都を例として。社会科学研究。4。2005.
- 15) 于長洪：ホームレス精神疾患患者の收容治療状況の分析。中国民康医学。19(18)。2007
- 16) 趙有声・楊・蔣山花：都市部ホームレス救助管理モデル事業の分析と革新。重慶社会科学。10。2005
- 17) 浙江省民政局：都市部のホームレス制度

について検討—杭州市の実証研究。2009.

韓国語文献

- 18) 保健福祉部：報道資料「露宿人などの福祉および自立支援に関する法律公表資料」。保健福祉部民生安定科。2011. 6.7
- 19) イテェジン、ソドンウ、キムミスク他：野宿者、浮浪人支援体系の改善案。韓国保健社会研究院・保健福祉部。2003
- 20) キムヒョンオク：韓国・米国・日本における浮浪人発生原因と福祉制度及びプログラムの比較研究。釜山大学大学院社会福祉学研究科行政学修士論文。1998
- 21) 露宿人などの福祉および自立支援に関する法律。2011
- 22) 社会福祉事業法。1999 改正版
- 23) ソゾンファ：露宿人の居住・医療及び自活支援政策—ソウル市を中心に。露宿人福祉施設従事者政策討論会。2010.6.3
- 24) 中央精神保健事業支援団・ソウル大学医学研究院・保健福祉家族部：中央精神保健事業支援団事業報告書。2009.

表 1 露宿人・浮浪人対策の比較

	露宿人	浮浪人
定義	一定の住居がなく相当期間路上で生活しているか、それによって露宿人シェルターに入所した 18 歳以上の者	一定の住居や生業手段がなく、相当期間路上を徘徊または生活するか、それによって浮浪人福祉施設に入所した 18 歳以上の者
事業目的	保護、社会復帰、自活	保護、社会復帰、自活
事業主体	地方委譲事業	国庫補助事業
事業対象	計 4,287 人 (2010 年) —シェルター露宿人 3,113 人 —路上露宿人 1,074 人	浮浪人施設入所者 8,958 人 (2010 年)
事業内容	露宿人施設運営 (人件費、運営費、給食費、機能補強費支援) 医療支援、居住支援、自活事業、	浮浪人施設運営 (人件費、運営費、自活プログラム、機能補強費支援) 浮浪人福祉支援 (施設協会のプログラム開発事業費等の支援)
施設現況	シェルター 74 カ所、 相談保護センター 13 カ所	法人施設 37 カ所 個人施設 14 カ所
2011 年予算	374 億ウォン	400 億ウォン
法的根拠	浮浪人福祉施設の設置・運営に関する規則	浮浪人福祉施設の設置・運営に関する規則

出典：露宿人などの福祉および自立支援に関する法律、2011

保健福祉部：報道資料「露宿人などの福祉および自立支援に関する法律公表資料」。保健福祉部民生安定定科。2011. 6.7

表2 露宿人・浮浪人施設入所者の実態比較 (単位: %)

		浮浪人施設	露宿人施設
性別	男性	91.4	64.7
	女性	8.6	35.3
入所期間	10年以上	30.0	0.2
	5年以上10年未満	19.6	0.4
	1年以上5年未満	28.3	25.3
	1年未満	22.2	74.2
年齢	60歳以上	23.2	16.0
	40歳以上60歳未満	53.3	54.7
	20歳以上40歳未満	21.7	25.6
	20歳未満	1.8	4.5
学歴	学歴なし	40.6	5.7
	小学卒	25.6	23.7
	中学卒	16.2	28.7
	高校卒	15.2	34.9
	大学卒	2.2	6.8
	大学院以上	0.2	0.2

出典：イテジン・ソドンウ・キムミスク他：露宿者・浮浪人支援体系改善法案。

韓国保健社会研究院会・保健福祉部。2003

表3 露宿人・浮浪人の推移 (単位: 人)

	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
露宿人	4,722	4,856	4,544	4,796	4,664	4,187
シェルター	3,763	3,563	3,363	3,479	3,404	3,113
路上	959	1,293	1,181	1,317	1,260	1,074
浮浪人	11,063	10,317	9,722	9,492	9,266	8,958
健康	926	808	746	572	753	681
健康異常有	10,137	9,509	8,976	8,920	8,513	8,277
計	15,785	15,173	14,266	14,288	13,930	13,145

出典：保健福祉部：報道資料「露宿人などの福祉および自立支援に関する法律公表資料」。

保健福祉部民生安定定科。2011. 6.7