

〈研究ノート〉

精神障害者の地域移行・地域生活支援の課題と政策（1）

熊 澤 利 和

Problems on and Policies for Transitions Support for People with Mental Disabilities from an Institution to Community Setting (1)

Toshikazu KUMAZAWA

要 旨

わが国の精神障害者に対する政策は、2004（平成16）年9月に精神保健福祉対策本部報告の、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」により「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針が示され、「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書 2009（平成21）年9月24日）を経て、退院や地域での定着を支援する「地域移行支援・地域定着支援」が実施されてきた。

しかしながら、1996（平成8）年から現在まで、入院期間1年以上の患者数は、20万人以上おり大きな変化がみられていない。また、入院の長期化により、転院や死亡による退院の割合が高くなることが指摘され、「社会的入院」を解消し、医療計画における精神病床7万床の削減は図られていない。

退院後の地域社会で生活するための資源の不足の課題解決に向けて、精神病床の適正化と地域精神保健福祉の充実が必要である。そのためには精神障害者に対する現在の医療・地域生活の課題に留まらず、看取りまでも含め、精神保健福祉サービスの課題に取り組む必要がある。

Summary

The task force for mental healthcare and welfare demonstrated in September 2004 on the “restructuring plan for mental healthcare and medical care” the basic policies for people with mental disabilities, shifting “from institution-centered care to community setting-centered care” and the “support for transition to community”, which supports deinstitutionalization of and

housing for mentally ill people, has been implemented following “Towards further restructuring of mental healthcare and welfare” (publication of the report dated September 24th 2009 by the review meeting on the shape of mental healthcare and welfare in future) .

However, the number of in-patients is nearly unchanged since 1996, when there were more than 200,000 patients who were hospitalized for over one year. In addition, it is shown that prolonged stay in hospital causes a higher percentage of discharge due to changing hospital or death. Resolution of “social hospitalization” and reduction of 70,000 psychiatric beds have not been achieved yet.

Ensuring appropriate number of psychiatric beds and improvement of municipal mental healthcare and welfare are required to resolve shortage of resources necessary for community life after discharge from hospital. For this purpose, efforts to address problems on mental healthcare and welfare service including end-of-life care as well as current problems on medical care and community life are necessary.

はじめに

わが国の精神科医療において、5年以上の長期入院がなぜ解消しないのか、「地域移行」がなぜ進まないのか、「地域移行」への施策がとられても、なぜ「社会的入院」の改善はみられないのか。何時になったら精神科医療がかかえる構造的問題の解決が図られるのだろうか。

平成20年6月25日 第5回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（厚生労働省）¹において、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能（1550人 9.0% 母数17144人）」、「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院可能（993人 5.8% 母数17144人）」「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能（7821人 45.6% 母数17144人）」「状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし（6780人 39.5% 母数17144人）」という数字が示されているが、精神障害者の「地域移行」は進んでいない。

2014年1月30日 朝日新聞コラムに浜田陽太郎氏が「精神科医療から見える社会」²で、次のように述べている。「『猛省しないですむ人はこの国にはほとんどいない。もちろん、私もその一人です。だから自己批判がないなかで誰が悪いという構造には、全くなじめません』戦争や原発事故の論評ではない。精神科医療について、患者の地域生活を支えるNPO『じりつ』を運営する岩上洋一氏（47）が語る言葉だ。これが社説『精神科医療 病院と地域の溝うめよ』（24日付）を起案するきっかけになった。」その社説「精神科医療 病院と地域の溝うめよ（2014年1月24日 朝日新聞社説）」³では、「精神疾患で入院している患者は、日本に約32万人。入院患者全体のほぼ4人に1人にあたる。そして年間2万人が病院

で人生を終える。何年も入院生活を続け、年老いた統合失調症の患者も多いとみられる。こんな状況をいつまでも放置しておくわけにはいかない。病院から地域へ。日本の精神科医療に突きつけられてきたこの課題について、厚生労働省が近く新たに検討会を立ち上げる。議論の中心テーマは、既存の精神科病院の建物を居住施設に『転換』し活用することについてである。日本には精神科のベッドが突出して多い。人口あたりで見ると先進国平均の約3.9倍になり入院期間も長い。厚労省は10年近く前、大きな方向性を打ち出した。入院は短く、退院後は住みなれた地域で、訪問診療や看護、精神保健の専門性に支えられて暮らす。しかしこの間、入院患者に大きな変化はない。改革の歩みはあまりに遅い。」とある。

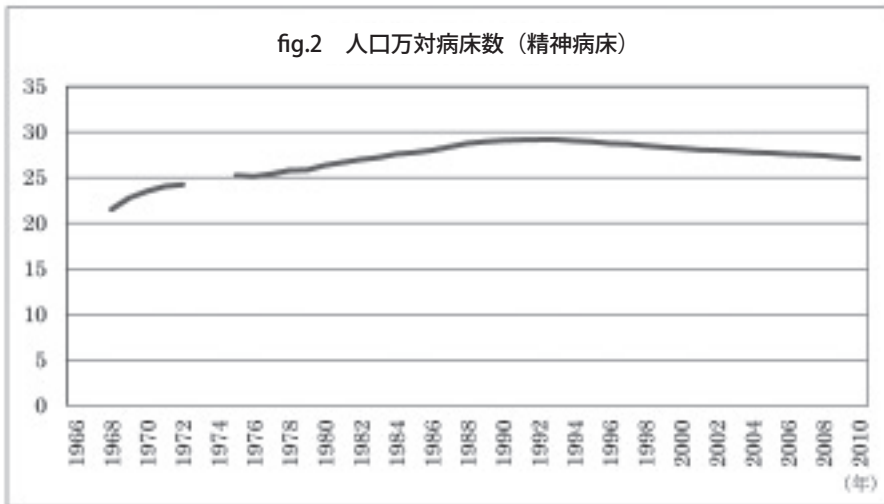
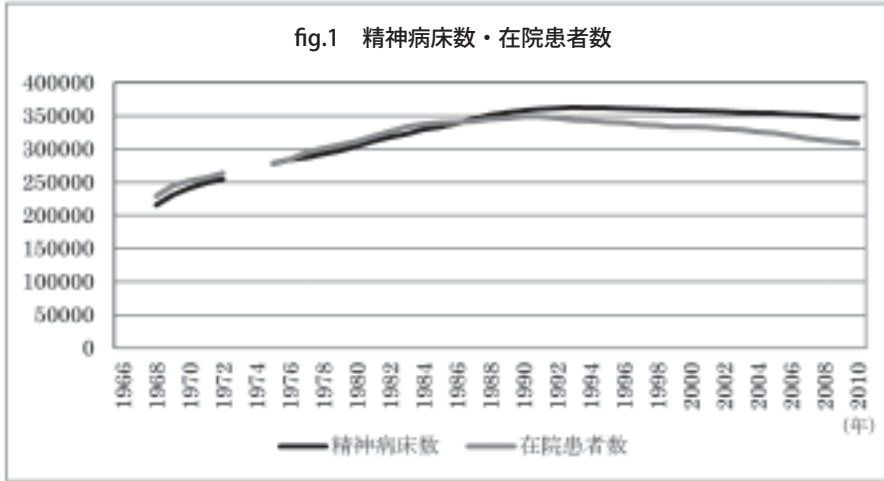
どうしてこのような状況が、10年以上も放置されてきたか。マスメディア等で取り上げられる「地域移行」が進まない要因は、入院治療は必要ないが、地域社会で受け入れられない、病院経営上の問題、職員の労働の問題等である。では、これらに対する国・地方自治体や関連団体の取り組みは十分だったのか。近年の精神保健福祉関連施策の動向は、2002年の世界精神医学会「横浜宣言」が行われ、2003年に障害者福祉制度が支援費制度に移行し、身体障害者、知的障害者、精神障害者が同じテーブルで必要なサービス利用について検討できるようになった。2004年改正障害者基本法で、市町村に「障害者計画」の策定が義務づけられ、さらに2004年に「『精神保健医療福祉の改革ビジョン』において『入院医療から地域生活中心へ』という精神保健医療福祉施策の基本的な方策」⁴が示された。しかし精神障害者のいわゆる「社会的入院」は解消されてこなかった。そのことの事実を認識し、なぜ地域社会で精神障害者が受け入れられない状況が作り上げられてきたのか、再考が必要である。

本稿では、①精神病床数・在院患者数・人口万対病床数、平均入院日数等の推移、②1960年代、わが国が精神科病床の増床に転じた課題、③マスメディアによる精神科医療、精神障害に対する報道、これら三つの視点から精神障害者の「地域移行」「地域定着」が進まないことの問題提起を行うことを目的とする。

1. 周回遅れの精神保健福祉サービス

まず精神病床数・在院患者数・人口万対病床数等の推移⁵を確認する。2010年の精神病床数は、347,281床で在院患者数は308,615人であった。1966年の精神病床数は、176,367床で在院患者数は191,137人であった。1978年に在院患者数が30万人を超えている。1980年の時点で、精神病床数は304,469床、在院患者数は311,584人であった。人口万対病床数は、1968年に20を超え、1975年に25を超え現在もそれを維持している。2010年の人口万対病床数は、27.12床であった。(fig.1 ig.2)

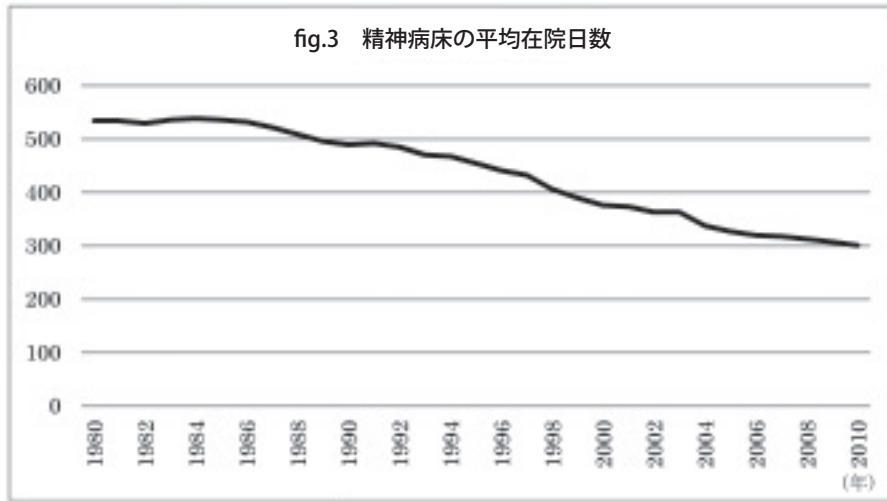
1959年にデンマークでノーマライゼーション理念が法定化された。しかし、わが国は、1965年に精神薄弱者コロニーについて中間報告がなされ、翌年には国立高崎コロニー建設が決定する



という施設化の道を進んだ。精神科医療も同様に、精神病床数の増床の施策を選択してきた。

平均在院日数は、1980年には534.8日あったが、2010年には301日であった。精神病床の平均在院日数は、減少傾向にあるものの約10か月ある。(fig.3) 日本精神科病院協会の山崎学会長⁶は、日本の精神病床の平均在院日数が300日を超えることに対して、OECD基準にそって見れば欧米諸国と遜色ない数値であると指摘をしている。さらに「そもそも患者属性の違う国の平均在院日数を比較すること自体がナンセンスな話だと思うが、日本精神科病院協会を恣意的に陥れようとするなんらかの力が働いているのであろうか。」と述べている。精神科医療の機能分化が必要なのはこれまで識者により指摘され周知のことだと思う。

平均在院日数が、諸外国と比較して突出して長いことや病床数の多さの原因として、経営母体のことが取り上げられる。わが国の精神医療は、いわゆる民間病院が多い。精神疾患患者や家族にとって病院とはどういう位置づけだったのだろうか。精神疾患、身体的疾患を問わず、「入院」



が必要である意味は、日常生活から切り離して治療を行うである。精神疾患の急性期において病院で治療を受けるまでの長い道のりが患者や家族にある。また家族は、保護義務者として、法律により医療者としての役割をとらされてきた歴史がある。ある精神病棟の看護師が、「患者さんは弱いから入院という形で社会から守る必要がある。」と言っていた。精神科医療に携わる看護師は、そのように考えているのかと思った。病棟が安住の地であるかのようだ。家族は、患者（家族）の精神疾患が回復し、また以前と変わらない生活を望むのだろうが、その患者（家族）が家庭にいないことで安堵することもある。Fromm-Reichmannを代表的とする研究⁷において「精神分裂病者を生みだす母親」という言葉は、政策決定において家族の位置づけの要因として捉えられてきたと考えられる。しかし一方で、「地域移行」は、国策として行われてきたと言える。遡れば呉秀三は、精神病者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察において、「（1）精神病ニ關スル諸種ノ施設ヲ整フルコト。（二）精神病ニ關スル法律ヲ完全ニスルコト。（3）一般世人ニ精神病ニ關スル知識ノ普及ヲ謀ルコト。（3）精神病者ノ治療又ハ監督ニ當ルモノニ精神病學的知識ノ普及ヲ謀ルコト。」⁸と述べ、わが国における精神障害者に対する施策や処遇について問題点を指摘した、この時代から「問題」として存在する。しかし、この間、精神障害者の地域移行が進まなかったことは、誰かになにか都合のよいことがあるのだと思う。精神科病院は、患者、家族、行政、専門職、市民にとって都合のよい「受け皿」だったのではないだろうか。

また、あらためて考えると医療者、社会福祉従事者、患者、家族、病院以外の社会資源で仕事をする職員、ボランティア、市民が、人権意識について学ぶ機会が薄いまま、病院を中心に精神障害者のための医療と福祉が行われてきたように思える。社会福祉サービスにおいても同様で、2006年施行の障害者自立支援法により障害者の福祉サービスの一元化が行われることとなり、身体障害、知的障害、精神障害の障害を問わず同じテーブルで福祉サービスの議論ができるようになった。つまりこれまで障害の種別毎にサービスが考えられていたのである。

「地域移行」と言うときの地域の「受け皿」とは何を指しているのか。現時点では、退院可能な長期入院患者の居住の場としては障害福祉サービスにおける住まいとしてのグループホーム、高齢者向け住まい（特別養護老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホーム・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）などが上げられ、2013年10月頃より具体的に精神科病棟転科型居住系施設の検討が始められ、「居住」の一つとして加わる。これ以前は、2005年に審議されていた障害者福祉制度改革において、精神病院の敷地内にグループホームの設置に関して審議された。⁹それが「地域移行」と呼べるかは、退院する患者が、日常生活から切り離して治療を行う場である入院治療から日常生活の場へ戻り、生活をしたときにどう感じるかであるかが問題である。そして患者が受けてきた「痛み」が軽減されこそ、「地域移行」に意味があると思う。「精神科病棟転科型居住系施設」により「退院」が促進されるかもしれないが、「地域移行」と呼べる結果が得られるかは、かなり議論が分かれているようだ。¹⁰

2. 精神科病床の増床計画は、誰のためだったのか

1964年3月24日、アメリカ大使館ロビー前で、エドウィン・O・ライシャワー駐日大使を19歳の精神障害者がナイフで刺すという事件が起きる。その結果、精神病床の増床の施策がとられる。

精神障害者の家族会が、全国精神障害者家族連合会として発足したのは1965年9月4日である。「参列した精神科医たちは、こぞつてその治療的意義を強調しあるいはまた長い精神衛生運動のなかでの歴史的意義をみだし評価した。連合会だより第1号を送られた新聞のなかには精神医療の夜明けとよぶにふさわしい出来事だとさえ述べて、その内容を紹介したものもある。このはなやかなデビューは、もちろんそのまえの年の精神衛生法改正の動きがきっかけとなつていたのだが、このことを知る人は多いはずである。逆にこの存在がまた法改正運動に与えた影響も無視できないものがある。このときすなわち昭和39年が、盛岡市でひらかれた第61回日本精神神経学会総会におけるシンポジウム『精神衛生法改正の焦点』で、ことの急（周知のライシャワー米国外使刺傷事件）に予定変更して演者に招かれた2人の障害者の親であった故石川正雄氏（烏山病院あかね会）の切々たる訴えが述べられた。（中略）満堂の学会員に大きな感動を与えた。家族会結成のための全国へのよびかけはここから始まったのである。」¹¹と述べられている。結果として全国精神障害者家族連合会は、破産のため解散をするのだが、精神障害者の社会復帰に対してどのように貢献をしてきたのか、あらためて検証が必要だろう。

精神衛生審議会 第1回答申（1964年7月25日）¹²において、社会復帰の促進において中間施設（病院と社会を結ぶ、職能訓練のための施設＝社会復帰病院）の必要性の強調、精神病床の整備に対して、人口万対病床数を現在の14から5年以内に少なくとも20まで増加するべきである。精神科病床を計画的に増加して、入院を必要とする患者を収容することができるようにする

のは精神障害者の野放しを解決する最低条件であると答申された。また、全国精神障害者家族連合会の運動目標¹³は、（1）医療費の全額国庫負担、（2）社会復帰医療施設の充実、（3）社会の偏見除去の啓発運動、（4）保安中心より医療中心の精神衛生を、（5）精神病院職員の処遇改善と増員、（6）精神障害治療の研究開発促進、（7）精神障害者への年金の増額、（8）病院家族会の育成強化であった。精神衛生審議会 第1 回答申（1964年7月25日）及び全国精神障害者家族連合会の運動目標には、病院から地域社会、在宅へという流れにおける社会復帰に対する答申は示されず、他方、精神病床の増床に関しては具体的な数値が示されている。ライシャワー駐日大使刺傷事件があったことは、精神科医療においてベッド数の増床ということを施策として選択させたかもしれないが、クラーク勧告¹⁴や北欧やヨーロッパ、北米で拡大、発展してきたノーマライゼーション思想に基づく精神障害者に対する処遇とは全く異なる施策をわが国がとったことが人権思想の弱さを諸外国に示す結果となった。

1967年11月より1968年2月に至る3ヶ月のDavid H.Clark による顧問活動に基づいて、クラーク勧告により日本における地域精神衛生—WHOへの報告がされた。その内容では、精神科医療における問題点の指摘、特に社会精神医療、地域精神保健に対する指摘がされたのである。しかし、クラーク勧告は、当時の厚生省に無視された。そのことを「加藤正明氏が、2000年3月の日本社会精神医学会の講演で、当時の厚生省の課長がクラーク勧告に関する記者会見で『斜陽のイギリスから学ぶものは何もない』と話し、全く注目されなくなった事情を紹介している。」と、伊勢田堯¹⁵が述べている。しかし、臨床研究においては、国友貞夫ら¹⁶は、群馬大学精神科による1968年の調査報告で「1964年度と比較をすると通院持続率は低く、『通院医療』へのとりくみは不十分であった。」と述べている。また、井上正吾ら¹⁷は、三重県内での1967年の調査で「在宅患者の1割以上がいまだに要入院のまま在宅していること、（中略）在院患者の54%弱のみが真に入院を必要としていた点とを考え合わせると一考を要する。」さらに結論として「現在の精神病院は機能が未分化であり将来精神科医療体系が整備されれば現在の入院患者もそれぞれの施設でもつとも適当なる処遇を受けるできある。」と述べている。また、1966年で精神病床は人口1万人対18.5¹⁸であった時代において、この（調査）結果をもって言うことは早計としながらも、「入院ベッドは1万に対して10人しか必要ない」という数字を示している。精神疾患の治療においても患者の生活を考えても通院医療の促進、社会復帰の拡充が必要であり、精神科病床の増床は誰のためだったか、その要因の再考は研究の継続の必要がある。

3. 「入院医療中心から地域生活中心へ」と報道のあり方

精神障害者の地域移行がなぜ進まないのか、その要因の一つに精神障害、精神疾患の理解が進まないから、精神障害者への偏見があるなど、マスメディアを通してそのことが伝えられる。しかし精神科医療の問題点である長期入院患者の退院が進まないこと、OECD加盟国のなかで突出

して精神病床数が多く、平均在院日数が長い、そして医師、看護師やソーシャルワーカーが少ないことが取り上げられる。仮に、報道により精神障害者に対する偏見や差別が生じることがあるとするならば、報道により正しい情報を提供することで市民、患者や家族の意識が変わることも考えられるだろう。また障害者による事件が起こると報道によりマイナスなイメージがつけられ、わが国の精神病床数が多いことなどが国際的に批判されると、そのことの問題点が指摘される。しかし、報道そのものが、精神科医療、精神障害に対してマイナスのイメージを定着させているのではないか。このような問題意識から、「地域移行 and 精神障害」「地域 and 精神科医療」をキーワードにこの10年間の新聞記事を検索した。(fig.4)

fig.4 新聞記事検索結果(全国紙・通信社)

検索キーワード	地域移行 and 精神障害	地域 and 精神科医療
2004年	5	39
2005年	6	40
2006年	20	35
2007年	40	46
2008年	17	67
2009年	21	37
2010年	24	79
2011年	7	122
2012年	17	85
2013年	12	75
2014年	58	72
合計	227	697

検索データベースはG-searchを使用

単位：件

「地域移行 and 精神障害」で検索をした新聞記事の見出しを計量テキスト分析KH Coder (Ver. 2.Beta.31d, Windows版) を使用し、頻出語の抽出、複合語の抽出、共起ネットワーク分析 (fig.5、fig.6) を行った。中心性が高い語句は、「県」「生活」「地域」「入院」「受け皿」であった。

病棟転換に関しては、2013年より検討されてきた内容であり、長期入院との関連においてネットワークが形成された。今回の分析結果は、国の精神科医療、精神障害者に対する施策を反映したネットワークであると考えられる。病床の大幅削減、地域移行は、国が進めようとしている施策である。ただ、欠けていることがあると考えるのは、差別や人権に関する記事の出現数である。共起ネットワークとは別に、検索結果の新聞記事の見出しで出現する言葉の回数を見ると、「人権」1回、「差別」3回、「不平等」1回、「隔離」5回、「共生」5回であった。これが10年間の結果であった。精神障害の市民理解に対する行動は、専門職や行政が行えばよいことだろうか。むしろ影響力があるのはマスメディアの役割ではないかと考える。資源としてのサービス量が不足している、担い手がない、地域住民と施設間のコンフリクトといった記事から何

fig.5 「地域移行 and 精神障害」で
検索をした新聞記事（見出し）
共起ネットワーク（中心性（媒介））

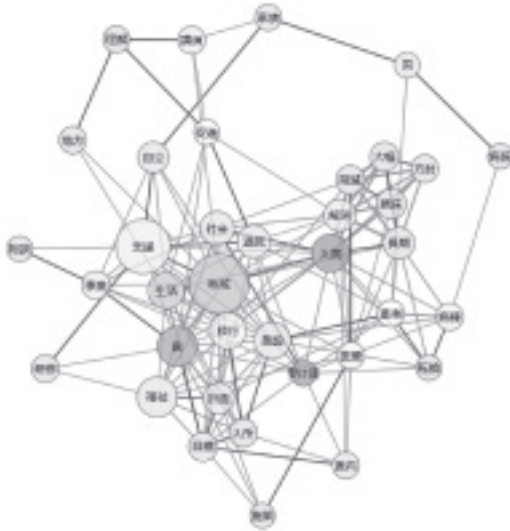
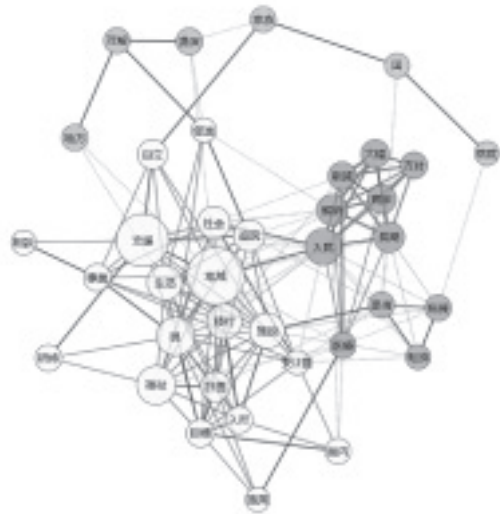


fig.6 「地域移行 and 精神障害」で
検索をした新聞記事（見出し）
共起ネットワーク（random walks）



を連想するのだろうか。地域社会の中で、精神障害者が何に戸惑い、どのように生活をしているのか、また地域で仕事をするソーシャルワーカー等が何をしているのかといった内容と「地域移行」というキーワードが共起ネットワークを見る限り同時に見られない。何が言いたいのかというと、知らないことに対する漠然とした恐怖や不安は誰にでも生じる。その誤った認識を変えるために、精神障害者が行っている地域貢献、仕事、生活での戸惑いなど、障害者理解に関する情報が少ないのではないかと思う。障害者理解に貢献した方が表彰された記事を否定するつもりはないが、精神障害者に対する偏見や差別をなくすために、障害者の視線で障害者理解の普及に関する内容に重きをおいてほしい。

おわりに

30数年前に精神科病棟で実習をしている時に気になっていたことがあった。その一つは、病室、病棟の臭気だった。それに対して「患者が内服しているクスリのせいだ」とある看護師が説明をした。実はそれは誤った説明で、環境整備が行き届いていないということであり、そのような環境で入院治療を受けている現実があることを知った。このことを過去のものであると言えるか、現状をすべて把握することはできない。だが、90年前に呉秀三の時代から続いてきた「治療・保護・収容」という考えを変えず政策をとってきた結果であるのではないだろうか。宇井¹⁹は、公害原論で、「どうも公害問題というのは差別の一形態であります。（中略）先ず公害の被害者というものは差別されます。」と述べ、人権思想が弱いことを指摘している。水の汚染により

公害が生じたのは、世界の中で我が国が初めてであり、それも2例続けてである。²⁰全国精神障害者家族連合会の方達が、家族の苦しみを語り、組織化されてきた意味を教えていただいたときのことは、今でもよく覚えている。その時のことと、『公害原論』で人に向けられる眼差しに共通することがあり、それは「人権」だと考える。2012年9月にオレンジプラン「認知症対策推進5カ年計画」を踏まえ、現在は、認知症患者の受け皿として、精神科病院が積極的に使われている。言うまでもなく認知症の症状は、進行性であり、一旦入院をした患者が在宅へ移行することは考えにくい。つまり平均在院日数の減少、精神病床を削減するという点において、疾患に関わりなく「精神科病棟転科型居住系施設」が使われることが考えられる。

精神保健医療福祉の改革ビジョンによる入院医療中心から地域生活中心へという以前、精神保健福祉法へ改正され、精神障害者も福祉の対象であることが法的な根拠をもって説明できるようになった時代から現在までの課題が、どれだけ解決したのだろうか。医療と福祉の狭間で生じる「精神科病棟から退院する」「地域移行」という問題が続いている。精神障害者の地域移行・地域生活支援の課題と政策について継続して研究を進める必要がそこにあると思う。今回は、情報収集もかなり不足し精神障害者の地域移行・地域生活支援の問題提起にとどまる。地域移行・地域生活支援の問題の延長線上には精神障害者の終末期ケアの課題も山積している。最終的には精神障害者の終末期ケアに関する課題に取り組みたいと思っている。ソーシャルワーカーの岩上洋一氏が、精神科病棟転科型居住系施設に関する話をしていたときに「病棟で死ぬことと、自宅で死ぬことの意味が違う」と言っていた。精神科病棟転科型居住系施設の是非や課題はあるが、精神障害者は、未だ、死の臨床においても選択肢がないことの問題について思料されよう。

(くまざわ としかず・高崎経済大学地域政策学部教授)

- 1 第5回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（第5回資料 平成20年6月25日）厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0625-6b.pdf> 2015年1月2日閲覧
- 2 2014年1月30日 朝日新聞コラム 浜田陽太郎氏「精神科医療から見える社会」
- 3 2014年1月24日 朝日新聞社説「精神科医療 病院と地域の溝うめよ」
- 4 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaioken/service/chiiki.html> 2015年1月2日閲覧
- 5 本稿の統計資料は、次のHPより取得しグラフにした。
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部 全国および各都道府県の精神保健医療福祉に関する資料 <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/zenkokudata.html> 2015年1月2日閲覧
- 6 日本精神科病院協会 <http://www.nisseikyoo.or.jp/opinion/kantougen/2541.html> 2015年1月2日閲覧
協会誌巻頭言平均在院日数・多剤大量併用の嘘 2013年10月 会長 山崎 學
OECD <http://www.oecd.org/tokyo/newsroom/redesigning-how-health-services-are-delivered-in-japan-would-better-meet-the-needs-of-a-super-ageing-population-japanese-version.htm> 2015年1月2日閲覧
日本は医療サービスの提供の仕方を再設計することで超高齢化社会のニーズに応えることができる
- 7 西園昌久「精神医学的家族研究の総括」精神神経学雑誌, 76 (3) pp.156 ~ 163 1974
- 8 呉秀三 樫田五郎『精神病患者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察』創造出版 2000 p.141
- 9 2005年05/12/05 第29回社会保障審議会障害者部会議事録
- 10 長谷川利夫 古谷龍太「脱施設化か、再施設化か？」『特集：精神科病棟転換型居住系施設の争点』精神医療 批評社 77号 p.11 ~ 31 2015
- 11 竹村堅次「精神障害者家族への動向」精神医学 11 (6) pp.65 ~ 71 1969
- 12 秋元波留夫「呉秀三先生と精神衛生法」精神医学 7 (6) pp.531 ~ 535 1965

精神障害者の地域移行・地域生活支援の課題と政策（その1）

- 13 竹村堅次 「精神障害者家族会の動向」精神医学 11 (6) pp.65～71 1969
- 14 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部「改革ビジョン研究ホームページ」 クラーク勧告和訳（精神衛生資料第16号）
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/archive.html> 2015年1月2日閲覧
http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/clark_report_translated.pdf 2015年1月2日閲覧
精神病院在院患者の動向
精神病床にはある種の動向がみとめられた。すなわちここ15年間新しく作られた多くの日本の精神病院は分裂病患者に利用され満床になっている。訪問した病院ではすでに慢性患者が増加していく傾向があった。5年以上在院している患者数は増加し、しかも、これらの患者の大多数は25才から35才の若い人々であった。ふつうに寿命を全うするならば、この患者はあと30年間も病院に在院する可能性がある。
日本はヨーロッパと同じような悩みに直面している。精神分裂病者が病院に集められ身体的医療を受け無為なままに閉じこめられている。患者たちはここで長い生涯をおくり、入院患者数は増加し、病院は無為で希望もなく施設病化した患者で満員になる。最近になってやっと、社会精神医学や積極的な治療、社会復帰の的確な活用によってこうした動きが逆転されつつある。と指摘された。
- 15 クラーク勧告の意味するもの—歴史的検証—
http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n228/n228_01-04.html#D01-04 2015年1月2日閲覧
- 16 国友貞夫 石川辰夫 丸山 甫 「精神分裂病者の社会適応過程—外来初診後3年間の経過調査—」精神医学 10 (8) pp.609～612 1968
- 17 井上正吾 吉本昭三 田中雅文他 「精神障害者のリハビリテーション（第2報）—退院後の精神障害者の家庭訪問による研究—」精神医学 9 (11) pp.864～868 1967
- 18 前掲12
- 19 宇井純 『新装版 合本 公害原論』 亜紀書房 2006 p36
- 20 同上20 p22

参考文献

1. 呉 秀三 樫田 五郎著 金川 英雄訳・解説 『現代語訳 精神病患者私宅監置の実況』 医学書院 2012
2. 立岩 真也 『造反有理—精神医療現代史へ』 青土社 2013