

研究論文

## 精神科病院をめぐる歴史的課題と矛盾の構造

青山 智香

### はじめに

筆者は、精神科病院において精神保健福祉士（以下 PSW とする）として現場実践をしている。民間病院に勤務しているため、病院職員として病院経営についても考えなくてはならない。具体的にはベッドコントロール、入院患者をどのように確保していくかといったことである。精神障害者が退院し地域生活ができるよう支援していくことが PSW の職務であるが、病院職員である以上、経営についても考えなくてはならないという二つの側面から問われる立場であり、それを整理したいと思ったのが本論文の執筆のきっかけである。

精神科病院は医療機関としての本来役割以外に、精神障害者を“収容”し、“生活”させる場としての役割を歴史的に担ってきた。それは精神障害者を地域社会から排除する仕組みの一助ともなっていたのではないだろうかと思われ、それと同時に、地域に精神障害者を支える社会資源を整える基盤が育ちにくいという状況にあったのではないだろうか。また入院患者が減らないという現実、社会の要請に加え、民間病院の圧倒的多数のために病院経営の問題とも合致してしまうものだったのではないかと推測される。これはまさに精神保健医療福祉施策の構造的な矛盾ではないだろうかと思われる。

そこで本論文においては、この領域に関する政策に焦点を当てながら、精神科病院が歴史的に抱える矛盾・課題がどのように起こってきたのかを整理し、それが現在にまでどのように影響を及ぼしているのかを検証していく。

### 第1章 入院医療中心となった歴史的背景

精神保健医療福祉全体の変遷を見ると、精神障害者は社会防衛思想の観点から隔離収容の対象として位置づけられ、また精神科病院はその収容先としての役割を担わされるところから出発していると言える。そして民間病院中心の精神科医療体制ができあがり、入院医療中心となってきた。本章においては、その経過について施策の変遷を中心に整理する。

#### 1. 精神保健医療福祉施策の歴史的変遷

##### (1) 戦前期の精神障害者施策

精神障害者分野におけるわが国最初の法律は、1900年の精神病者監護法である。法制定の目的は、社会防衛思想に基づくものであった。制定当時の政治状況としては、諸外国との不平等条約の改正を控え、治安確保は緊急の課題であり、精神病室の準備を強調した理由の一つには、この改正条約実施が背景にあったことは否定できないとされている（広田

2004)。この法律では、行政官庁の監督の下に監護人が精神病患者を私宅または病院において監護するものとし、精神病患者の不法監禁を防止することや、私宅監置に関する手続きを規定している。また、その運用は警察で行われた。監護義務者がいない・もしくはその義務を履行できない場合には市区町村長が監護の責任を負い、公的監置を執行し、かつその費用を公費で支弁する公費監置の規定も存在した。また公的監置が私立精神科病院等に外部委託できることも法的に認められた。

その後、東京帝国大学精神病学教室が私宅監置の実地調査を開始し、1911年の帝国議会において山根正次議員より「官立精神科病院設置二関スル建議案」が出された。その中において、精神科病院は31か所中8か所が官公立であり、また私立精神科病院も主に東京にあること、そして病者数に対して著しく収容治療する機関が足りないことが指摘された。この建議が可決され、速やかに官公立の精神科病院を設置するよう方向性が打ち出された。

その8年後に制定された精神科病院法は、精神科病院を治療の場として位置づけた初めての法律である。精神病患者監護法も廃止されず、精神科病院法と共存することとなった。その点については、監護法は監置ということが主になっており、取り締まりを主眼とする規定であるが、この取り締まりと同時に、他面において保護・治療の機関として病院を造って、両々相まって精神科病院としての性質を完全にしたいのであるという趣旨が政府委員によって示された。

これについて広田は「1920年の第一次世界大戦後の慢性的不況は、公立精神科病院を設立するだけの余裕もなく、精神病患者の処遇は精神病患者監護法に基づく病院・私宅監置から抜け出すこともなかった。法制定後18年目の1937年でも精神科病院法の規定する公立精神科病院は6病院にとどまり、同法第7条に規定されている私立の代用精神科病院が52病院であった。つまり公立病院の設立を強調した精神科病院法はほとんど実態のない空文として存在していたとみざるを得まい」（広田 2004：40-41）と見ている。また古屋も「開設された病院も治安上問題のある患者を優先して入院させていたため、結局精神科病院法は精神病患者監護法の補完物にしかならなかった。このような国の無策により精神科病院法は医療の場というよりも、治安のために精神障害者を隔離・監視する収容所と化していった。」と述べている（古屋 2015：49）。後藤は、精神科病院法による入院者のなかに精神病患者監護法における市区町村長による監置患者が存在していたことが窺われることを挙げ、公費による患者が私立病院に多数収容されていたことを指摘している。そして「公費患者は退院率が低く、病院に滞留しやすいことを示しており、私立病院の経営はこうした公費患者を多く、かつ長期に受け入れることが重要な要素だったことが推測される」とし、「日本における民間の精神科病床はある意味では公的病床との代替性を強くもっており、（中略）民間病床の公共性というのは、治療というよりも、公的見地からの病者監置や貧困者の隔離という側面を持っており、その意味で私立精神科病院は本来は国が率先して行う範疇の行政施策である保健衛生政策の重要な担い手になっていたといえる」と述べている（後藤 2012）。

以上の経過より、精神障害者に対する施策は治安維持から出発していたこと、精神病院法によって精神障害者が治療の対象と一応位置づけられるも、結局のところ国は責任をもって病院をつくることもなかったということがわかる。公費患者の民間病院への委託や、公立病院設置よりも民間病院への公費投入といった、公的責任を民間病院に託すという姿勢から、この当時より民間病院依存の兆しが見られる。後藤が指摘するように、ここに現在まで続く精神保健医療福祉の課題の原型があると言えよう。

## (2) 戦後の精神障害者施策—精神衛生法がどのような影響を現在までもたらしたか

第二次世界大戦によって、精神病院も例外でなく激減した。戦後、新憲法の下、家制度が廃止され、また社会保障制度が整備されて、医療行政も再建への道をたどり始めた。1948年の医療制度審議会の答申において「精神病院は将来国営を主とする」という一項目があったが、理念としては容認しえても、現実的には極めて困難とみえる答申項目であった（広田 2004：45）。1950年には議員立法にて精神衛生法が制定され、精神病患者監護法及び精神病院法は廃止された。精神衛生法制定による前進面としては、①措置入院制度及び精神衛生鑑定医制度を設けたこと、②保護義務者の同意による同意入院を設けたこと、③私宅監置を廃止し、都道府県立精神病院の設置を義務付けたことなどが挙げられる。この精神衛生法の草案は1949年に設立された日本精神病院協会（日精協）の植松七九朗と金子準二によってまとめられたものであり、戦後日本の精神障害者施策は、「民間精神病院経営者の集まりである日精協の意向を常に斟酌しながら進められることになっていく」（古屋 2015：51）との指摘もある。

また古屋は「社会からの隔離と施設収容を主目的とする社会防衛思想を色濃く反映させた『入院促進』法であったと評価できる」（古屋 2015：51）とも述べている。

このように評価される政策的背景にはいくつかあるので、それを整理していく。まず第一に、精神病院設立のための国庫補助及び長期低利融資による資金提供である。1950年に医療法改正が行われ、民間病院は税制上の優遇措置を受け、公的病院の未整備による病院不足を補完する役割を果たした（古屋 2015：51）。その後、1954年に全国精神障害者実態調査が実施され、全国の要入院患者は35万人と推計されたが、その当時の精神病床は3万床であったため、同年には国が精神病院開設国庫補助制度を設けた。その結果、5年後には8.5万床にまで急増している。また1960年には医療金融公庫法が施行され、民間医療機関への長期低利融資が始まり、相次いで精神病床が増設された。そのため昭和30年代は“精神病院ブーム”と言われるほどで、現存する多くの病院もこの時代に設立されている。第二に、精神病院スタッフの人員に関する特例である。上記の通り、精神病床が増加していく中で、医療スタッフの確保が必要となり、1958年には厚生事務次官通知（発医132号）が出され、精神科は他の診療科と比べて3分の1の医師、3分の2の看護師で運用してもやむをえないとする、いわゆる“精神科特例”が生まれた。第三に、措置入院患者の急増である。1961年には措置入院費用に関する国庫負担が2分の1から10分の8に引き上げられた。この動

きは「自傷・他害のおそれのある精神障害者は、できるだけ措置入院させることによって、社会不安を積極的に除去することを意図した」とする厚生事務次官通知（衛発第311号；1961年9月11日）によって加速した（広田2004：52）。また自傷他害の恐れがないものの、経済的理由によっていわゆる“経済措置”と呼ばれる措置入院も生み出された。こうした3つの背景によって精神病院の増加・増床につながり、精神病院入院患者が確保されていったといえる。また秋元は、結核治療が進んで結核病院の入院患者が減ったために、精神病院に鞍替えする結核病院が増えたことも、精神病院急増の一因と指摘している（秋元ら2003：18）。このような要因によって急速に精神病院が大量生産されたのであるが、その職員体制においても、治療・リハビリテーションを行うには十分な人数とは言えない内容である。公立病院が十分に整えられることもなく、民間病院にいかに収容するかということしか考えられていないといっても過言ではないだろう。こうした体質は戦前期より形作られていたが、精神衛生法下のこの一連の施策が精神病院を“安上がりな収容施設”としての性格をより一層強めたと言えよう。またこれは入院が長期化する一因ともなっている。仙波らも長期入院患者が増大した背景には、民間病院の低コストを基調とした経営の論理があるとし、それらを招来したのが国の施策にある（仙波ら1977）と批判している。

また、1964年にはライシャワー事件が起り、1965年に精神衛生法の改正が行われた。保健所による訪問指導体制の強化や通院医療費公費負担制度を設けることなどがこの改正の主要点である。この改正の背景には、事件を契機として精神障害者を不安視する世論が高まったことが挙げられ、“危険な精神障害者を野放しにしない”という側面から地域の精神障害者に対する支援・制度が打ち出されたとも言えるため、むしろ“病院への隔離”志向を強めることになった。

以上のような流れから、精神障害者に対する施策の変遷としては、もともと“隔離収容”という社会的要請から出発しており、またそれが行われやすいような政策誘導があったととらえることができる。そして民間病院が圧倒的に多いということから、精神障害者福祉に対する政策に対しても、日精協をはじめとした精神科医療の影響が及んできたことも否定できないであろう。仙波らの「私立病院依存の精神医療が、その企業性の故に、医療と経済という問題にからみ、政府の低医療費政策のもとに、医療の質を荒廃させてゆく大きな問題になっている」という指摘（仙波ら1977：6）がこの問題の根本を表しているといえる。またこの指摘から数十年経つ今も、この状態を払拭しているとは言い難い。

## 2. 精神科病院での治療がどのようにして行われてきたのか

精神保健医療福祉施策の変遷を整理したが、次に精神科病院でどのような治療・処遇が行われてきたのかをまとめていきたい。ここでは精神障害者の生活に影響することを中心に、その治療の生まれた状況についてみていく。以下、治療の変遷については主に浅野弘毅（2000）『精神医療論争史－わが国における「社会復帰」論争批判』に依拠する。

精神科における薬物療法が登場する前の時代にさかのぼって、作業療法の原型を探ると、1875年の京都府癲狂院において何らかの作業が実施されていた。また呉秀三は1901年には病院改革に着手し、作業療法を開始していた。またロボットミーを中心とした精神外科手術などが行われた後、小林八郎によって生活療法が提唱された。

生活療法とは生活指導、レクリエーション療法、作業療法を包摂するものとして提唱された。活動の場や範囲を広げていく態度の育成、自発性、自主性、協調性、勤労意欲、経済概念を育て社会性を持たせることを目的としている。その導入の経過として、精神外科手術を終えた患者にその後療法として行った生活指導が功を奏したことが挙げられている。昭和30年代から40年代にかけてわが国の精神病院を特徴づけたのはこの生活療法であり、その対象としては慢性化した重症患者のみならず、軽症の患者をも想定し、生活療法の基盤は生活指導にあるとした。ただし、生活指導とは「しつけ」のことであり、それによって患者の入院生活をくまなく管理しようとしたものである。また浅野は「生活療法に積極的に取り組んだ病院ほど、患者の入院が長引くという事態が進行したのである。あたりまえの生活とはかけ離れた環境、生活を奪われた環境のもとで、こと細かに毎日の行動を監視されるのが生活療法である」とも指摘している（浅野 2000：42）。

次に薬物療法であるが、わが国においては1955（昭和30）年頃より向精神薬が使われるようになり、薬物療法は次第に大量長期投与が常態化していった。その結果、精神外科にとって代わって“薬物市場主義”が台頭することになった。また、向精神薬の投薬により、少ない人手で大勢の患者を管理することを可能にし、患者をたくさん集めて集中的に管理しようとする発想も生まれたこと、そして病院経営上の問題も加わって不必要な薬物処方が行われていた現実もあった。また、仙波らも同様に「病院経営を維持するためには、自衛的手段として、薬物にその利潤を求めざるをえないというところにある。また日本の保険医療制度の中では、出来高払い制であるために、薬づけの方向に流れ易く、それが精神科で薬づけという悪徳にもつながっていくのである」と指摘している（仙波ら 1977：158）。そして薬物療法と生活療法とは不可分の一体となって、精神病院における管理が一層推し進められた。また柏木も「生活療法を、一般社会における日常生活基準からの逸脱行動の除去を図る社会適応過程と定義し、社会復帰とほとんど同義にとらえるのが大方の傾向であった。生活療法に含まれる『生活』の概念は入院者の病棟への適応という意味にはかならなかった」と述べており（柏木 2002）、「生活療法」は退院に向けた「治療」とは言い難く、いかに“病院内で適切な行動”をとり、また医療スタッフが“管理”しやすくなるかに主眼が置かれていたように見える。

こうした状況は、患者から社会性や生活する力など様々な能力を奪うものであり、「入院が長引くほど生活障害を生み出し、社会不適応を一層促進させる」（末田 1989：90）のである。つまり精神科病院は、人間が人間らしく生きていく場でもなく、また治療の一時的な場でもなく、隔離収容・管理された場所として存在してきたと言えよう。本来、精神科

病院はこのような矛盾を背負う場ではなく、医療やリハビリテーションを提供する場であるという認識が十分になかったのではないか、と思われる。

### 3. 考 察

今回は入院中心となった経過をみるため、現代の施策までは取り上げていないが、政策および病院での治療・処遇の変遷を整理すると、それぞれが相互に関係しあっていたことがわかる。“治安維持”という社会的要請と、民間病院の経営上の論理、そして人手が少ない中での“患者の生活の管理”が結びついてしまい、悪循環が起きていたわけである。そしてそれが現在まで続く社会的入院・長期入院の要因になっているように思われる。

そうした矛盾に置かれた人々の生活に必要な条件の整備は、これまで十分に行われてきたとは言い難く、今もなお、十分な社会資源が整備されたとは言えない状況である。こうした問題を歴史的に引き受けざるを得なかったのが精神科病院なのではないだろうか。それは医療分野の問題だけではなく、社会の問題、国の責任の問題が歴史的にあったものと考ええる。

## 第2章 現代の精神科病院での課題

### —新たな社会的入院者としての認知症患者を一例に

前章において、精神科病院は政策、社会の要請、そして民間病院の経営問題が合致したことによる悪循環によって、本来の医療以外の役割を担わされてきた歴史があることを述べてきた。本章では現代の精神科病院がどのような状況にあるのかについて考察していく。

#### 1. 現場での相談から

今日の精神科病院において浮上しているのは、「新たな社会的入院」とも言える認知症等の高齢の患者の存在である。自宅もしくは施設においてBPSD等の症状によって、生活が困難となった者が精神科病院での入院治療の対象となる。そうした患者の退院支援で課題となることは、家族が退院について消極的でなかなか進まないこと、受け入れ先がないことが主である。その理由はいくつかある。入院している方が金銭的負担が少ないこと、病院の方が医師や看護師など医療スタッフが常時いることの安心感、要介護度の判定があまり高く出ないこと（ADLは比較的しっかりとしている方も多い等）、家族及び介護職員が精神症状の再燃への不安を持っていること、精神症状に対する十分な知識を施設が持っていないために再入院となる、精神科病院と施設での精神症状に対する見解が異なる（病院としては“落ち着いている”と見なしていても、施設では“対応困難”との見解を示すケースもある）…等が主な理由である。こうした理由によって、本来は病院でなくても過ごせる人が入院継続をやむなくされている現実がある。ただこれは家族や施設等だけに問題があるとは言えない。そこには社会的問題があると言え、また制度的対策の不備もあり、それを精神科病院で担わされているのではないかと思う。

## 2. 「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム報告書」から

厚生労働省は「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念を打ち出し、2010年5月より「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を設置し、同年9月より「認知症患者と精神科医療」について検討してきた。2011年11月に同チームによって「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 第2R：認知症と精神科医療 とりまとめ」という報告書が出された。

その中では、認知症で医療機関を受診している患者数は、1996年の11万人から2008年には38万人と大きく増加しており、精神病床においてもその間に2.8万人から5.2万人に増加しているという報告がある。また、「居住先・支援が整えば、退院可能性がある」が約6割との調査結果から、認知症患者が退院し、地域生活を継続できるような社会資源・環境整備の必要性和、場合によってはこれまでの統合失調症患者と同じように認知症患者においても社会的入院が起こるのではないか、という指摘がなされている。また同チームによる「精神病床における認知症入院患者に関する調査」において、認知症患者の平均在院日数は944日（2010年）であると報告されている。これを受け高木は「危惧されていた認知症患者の『社会的入院』は、すでに現実となっている」と指摘している（高木 2011：113）。また同調査において、入院の理由について、大部分は精神症状の治療が挙げられているが、適切な施設に空きがないこと、医療・介護体制が整わないことなどの理由によって入院となったケースも数%ではあるものの挙げられている。これも社会的理由による入院として位置づけられると言ってよいだろう。

そして今後の取り組み等について、報告書では、精神科医療の役割の明確化として早期診断、訪問支援、24時間対応体制、合併症を有する患者への対応、地域全体の支援機能強化などが述べられている。これらは中間まとめの時点でも述べられており、高木は「精神医療全体についてこれまで議論されてきたこととまったく同じことを議論しているにすぎない」と指摘している（高木 2011：113）。

報告書で指摘されている通り、精神科医療の役割の明確化や、地域生活支援体制整備は取り組まなくてはならない重要な課題である。しかしそれをするだけで、認知症患者の社会的入院は解消されるのだろうか。報告書では、この問題を生み出している根本について十分に触れられているとは言い難いと感じる。ここにもこれまでの精神科医療と同じ問題が隠されているものと考えられる。

## 3. 認知症患者の社会的入院の背景にあるもの

高木は、精神病床における新規入院患者の減少によってできた空床を埋めるのは大量の認知症患者であると指摘している。その要因として団塊の世代が後期高齢者になるという人口構成だけでなく、次の要因も指摘している。介護保険の事業者が精神障害に対する知識・対応法を持ち合わせていないこと、内科等の一般科においても精神症状への対応は困

難さを伴うことである。また抑制も法的に許されているのは精神科病院であるため、そうした状態の患者は精神科頼りだということである。以上により、「客観的・社会経済的な理由から、精神病院が認知症の入院に照準をあわせることは、『正解』である」と述べている(高木 2011:115)。またあわせて高木は、こうした問題をより困難にしているのは、高齢単身者世帯、高齢夫婦のみ世帯、コミュニティの支持機能低下、高齢者の経済的困窮であることも指摘している。

確かに現場での相談でも、どこにも行き場のない認知症高齢者に関する相談が日々寄せられている。患者の多くは、入院治療開始後、そこまで時間を要さずに退院可能な状況となることが多いが、前述したとおり、なかなか退院が進まない。高木が指摘するように、社会的入院はすでに現実となっており、また民間精神病院の空床をこうした患者で満たしているという事実もある。

退院を阻害する要因として、前述したことも挙げられるが、高木が指摘する世帯の問題、コミュニティの問題、経済問題にも目を向ける必要がある。高齢者のみの世帯で子世代と関係が希薄・遠方というケースについては、家族の力(退院させようという意志、経済力、介護力等)を期待することはなかなか困難である。またコミュニティの力についても、核家族化し、老人クラブ・町内会などの地縁組織の力も弱まっている現状があり、そして認知症による症状によって“近隣迷惑”となっていたケースも少なくなく、そうした状態では在宅への退院も進みにくい。また高齢者世帯そのものの経済状態も、施設利用するにはかなりの厳しさを伴う現実があり、また家族に金銭的援助を求めようにも、子世代自体が経済的に不安定なことも多々ある。つまり、患者自身の病状だけでなく、それを取り巻く家族、地域、ひいては社会状況までに目を向けないとこの問題の根本は解決されないのである。高木が指摘するように、これでは対象が認知症高齢者に変わっただけで、歴史的に精神科病院が抱える問題としては何も変わらない。この問題への解決には精神保健医療福祉の領域だけで考えるのではなく、わが国の社会保障制度やその前提となる政策を総合的に拡充する方策を探らなければならないであろう。

## おわりに

精神科病院がどのような位置づけにあるのかを歴史的に整理すると、時代によって社会問題は異なるものの、その問題に対する手立てが十分になされないまま、そのしわ寄せが精神科病院に来ていると改めて感じる。そして日本は歴史的にも民間の精神科病院が多く、その性質上、入院患者を確保することで経営を成り立たせるため、そこにしわ寄せされる問題をも引き受けざるをえなかった。そしてその問題に対して、国は十分な対策をしてこなかったために、社会的入院を生み出してきたと言えよう。病床削減、退院促進、地域移行・地域定着、地域包括ケアなど、精神保健医療福祉・社会福祉関係施策は種々打ち出されているが、それが現場の実態に即したのか、患者・家族が抱える問題を解決するもの

となっているかは疑問である。

現場のPSWには「治療が落ち着いたので退院させるように」という医療スタッフの指示が来るが、いざ退院に向けて支援しようにも、その患者・家族を取り巻く環境は実に厳しいものである。経済的、制度的、家族関係、近隣・地域関係等々、調整すべき困難な問題が山積している。こうした問題を家族だけに責任を負わせていたのでは、これまでの精神保健福祉の歴史が繰り返されるだけである。このような複雑化した問題については、精神科病院やそのPSWのみで解決できるものではなく、社会的な課題として多くの関連分野や機関等との協働・連携が必要であろう。

その上でPSWとしては、“病院に入れっぱなし”や“家族責任”に戻すような対処をするのではなく、精神障害者が適切な治療を受け地域生活が営むことができるよう支援することが必要である。精神科病院は社会福祉の不備を埋める“収容所”としてではなく、“医療機関”なのである。病院が本来の役割を發揮するには、そして患者・家族が安心して退院していくためには、今の政策・制度は不十分ではないだろうか。精神科病院が医療機関として機能し、それで経営が成り立つようにしていくには、病院自身の努力だけではなく、診療報酬など政策による介入の根本的な改革が欠かせないだろう。また患者・家族が抱える問題については、病院につながることで初めて受けとめられ、生活問題（経済面、家族関係等）として顕在化されるという事態も多々ある。そうしたときにはすでに問題がある程度悪化していることも多く、それが退院を困難にすることもある。現場では、こうした事態になる前に他の関係機関や地域社会による介入はできなかつたものなのかと、いつも考えさせられる。こうした現状が改善されなければ、これからも精神科病院にあらゆる問題がしわ寄せされ続けることであろう。本来、生活問題に対する最終的な社会的対応は社会福祉制度であるはずで、そこを引き受けるのは医療機関である精神科病院ではない。歴史的に作り出されたこの構造的矛盾を解決するには、国が責任をもって取り組んでいく必要があるだろう。

これからも私は精神科病院のPSWとして、様々な問題を抱えた患者・家族に出会っていくことと思う。そして民間病院職員として、経営問題についても考えていくことと思う。その中で、私には何ができるのかについては本論文では言及しきれていない。ただ、本論文で明らかにしたように、いま目の前で起きている諸問題は歴史・政策的に作られたものであることを念頭に置き、社会的に取り組むべき課題であることを意識して、病院PSWとしての役割を探っていきたい。

<参考・引用文献>

- 古屋龍太 (2015) 『精神科病院脱施設化論－長期在院患者の歴史と現況、地域移行支援の理念と課題』 批評社
- 広田伊蘇夫 (2004) 『立法百年史－精神保健・医療・福祉関連法規の立法史』 批評社
- 仙波恒雄・矢野 徹 (1977) 『精神病院 その医療の現状と限界』 星和書店
- 藤井克徳・田中秀樹 (2004) 『わが国に生まれた不幸を重ねないために－精神障害者施策の問題点と道しるべ』 萌文社
- 浅野弘毅 (2000) 『精神医療論争史－わが国における「社会復帰」論争批判』 批評社
- 秋元波留夫・仙波恒雄・天野直二 (2003) 『二十一世紀日本の精神医療－過去・現在・未来を見据えて』 SEC 出版
- 柏木 昭 (2002) 「ソーシャルワーカーは病院精神医療をどう生きたか－1970年代、80年代を中心に」 『精神保健福祉』 33 (2)、101-107
- 末田昌一 (1989) 「3 今日の雇用政策の危機と社会復帰活動－精神病院におけるワーカーの活動を通して－」 細川 汀・真田 是・加藤菌子編著 『現代医療ソーシャルワーカー論－生活問題の認識と社会福祉援助－』 法律文化社、72-97
- 後藤基行 (2012) 「戦前期日本における私立精神病院の発展と公費監置－『精神病患者監護法』『精神病院法』下の病床供給システム－」 『社会経済史学』 78 (3)、379-402
- 山口芳文・鈴木憲雄・作田浩行ほか (2013) 「生活療法批判に関する一考察」 『昭和大学保健医療学雑誌』 11、11-18
- 高木俊介 (2011) 「認知症は精神病院によって取り込まれるのか」 岡崎伸郎 『精神保健・医療・福祉の根本問題 2』 批評社、110-119
- 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム (第2ラウンド) 報告書 (2011) 『新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 第2R：認知症と精神科医療 とりまとめ』