

日本が保有する病床は、約 168 万床である。そのうち精神病床は、約 34 万床である。精神病床の約 9 割は民間が保有している。民間病院の約 8 割は単科精神病院である（※厚生統計要覧）。多くの単科精神病院は、人里離れた山奥に建設されている。精神科病院には、50 年以上の長期在院者が約 1800 人いるとの指摘がある（※2018 年 8 月 21 日・毎日新聞）。日本の精神医療施設では、COVID-19 の感染防止策の名目で、面会や外出を制限する措置が講じられている。入院者は、施設外部や社会とのかかわりがなくなって孤立している。また、面会が外出制限は、施設外部の支援者にもアクセスできないため地域移行の停滞を招いている。それでも、日本の精神医療施設では、クラスターが頻繁に発生している。精神医療施設での感染率は、市中感染の約 5 倍であり、死亡率も約 6 倍との調査結果もある。入院している精神障害者は、閉じ込められて逃げられない状態で COVID-19 に感染させられているわけである。COVID-19 が精神医療施設内でクラスターになりやすい理由は、日本の医療施設がインクルーシブなものではないからである。日本の医療制度は、精神障害者だけを隔離したものであるため、他科の連携が著しく困難である。精神医療施設では、感染症の対応がほとんどできない。

しかし、普通病院は COVID-19 に感染した精神障害者に対して、差別をして入院させずに精神医療施設に送り込んでいる。そのため、精神医療施設ではクラスターが後を絶たない。日本政府は、精神障害者へのワクチン優先接種という精神障害者の身体の侵襲を解決策として選び、精神医療施設の解体を先送りにした。COVID-19 の脅威から精神障害者を解放するためには、精神医療施設の解体が必要であると考ええる。

施設の被収容者は、施設生活の中でディスパワーされ、適応的選好により施設の外での生活を選択しない傾向にある。被収容者の自己決定に依拠した戦略は、脱施設化が進まない原因にもなり得る。被収容者の自己決定ではなく、社会的選択により強制力をもって施設を解体することが必要である。

地域生活を支える仕組みとしては、重度訪問介護という 24 時間介護保障制度がある。近年、重度訪問介護は精神障害者が利用できるようになった。この制度は、脱施設化のベストプラクティスになり得ると考える。