

Н.А. Францева

Психиатрическая помощь в Японии: от изоляции к инклюзии?

Аннотация. В данной статье проводится ретроспективное исследование институционального развития системы психиатрической помощи в Японии. Рассматриваются этапы становления психиатрической службы, начиная с ранних законодательных актов XX в., развития госпитальной сети, а также изменения в методах госпитализации и социальной поддержки пациентов с психическими расстройствами. Исторический обзор, построенный на основе статей японских исследователей, включает анализ законодательной базы, связанной с проблематикой людей с психиатрическими расстройствами. Законодательные акты также привлекаются с целью исследования концептуального оформления восприятия людей с психиатрическими расстройствами в рамках государственного дискурса, выявляется связь с концептом «нечистоты» с одной стороны и «угрозы общественной безопасности» с другой. Анализ выявляет как стремление государства к гуманизации практик в отношении лиц с психическими расстройствами, так и их объективизацию. Изменение данной парадигмы произошло только в XXI в. Необходимо отметить важность исследования экономического измерения, которое повлияло на формирование системы психиатрических больниц, демонстрирующей большую инерцию и ригидность в период реформирования. В связи с этим работа включает исследование экономического фактора, повлиявшего на становление системы оказания психиатрической помощи и современные ограничения экономического характера, которые влияют на реформирование системы, источником здесь служат статистические данные Министерства здравоохранения, труда и благосостояния Японии. Также данные, приведенные на официальном сайте Министерства здравоохранения, использованы для анализа реформ системы психиатрической помощи, начатых в 2004 г. Заключительная часть работы посвящена исследованию данных реформ и современного состояния системы оказания психиатрической помощи Японии. Рассмотрены перспективы развития психиатрической помощи с учетом демографических тенденций и современных общественных требований. Проведено системное обобщение историко-правовых и социокультурных аспектов развития психиатрической помощи в Японии, с акцентом на современные вызовы и направления реформ в контексте увеличения продолжительности жизни и старения населения.

Ключевые слова: Институты оказания психиатрической помощи, система психиатрической помощи, старение населения, стигматизация, Япония.

Автор: Францева Наталья Александровна, кандидат философских наук, доцент кафедры зарубежного регионоведения, политологии и восточной философии факультета Евразии и Востока Челябинского государственного университета (адрес: 454014, Челябинск, ул. Ворошилова, 4а). ORCID: 0009-0009-3655-4084. E-mail: chaika_06@inbox.ru

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Францева Н.А. Психиатрическая помощь в Японии: от изоляции к инклюзии? // Японские исследования. 2026. № 1. С. 149—170.
DOI: 10.55105/2500-2872-2026-1-149-170.

N.A. Frantseva

Mental health care in Japan: From isolation to inclusion?

Abstract. This article presents a retrospective study of the institutional development of Japan's psychiatric care system. It examines the stages of the establishment of psychiatric services, beginning with the early legislative acts of the 20th century, the development of the hospital network, as well as changes in hospitalization methods and social support for patients with mental disorders. The historical overview, based on Japanese researchers' articles, includes an analysis of the legislative framework related to issues concerning people with mental disorders. These statutes are further examined to explore how the state discourse frames the perception of affected individuals, revealing a connection to the concept of “impurity” on the one hand and “public danger” on the other. This reveals both the state's efforts to humanize treatment for those with mental disorders and their persistent objectification. A paradigm shift occurred only in the 21st century. The study highlights the importance of the economic dimension that influenced the formation of the psychiatric hospital system, which exhibits significant inertia and rigidity during the reform process. Therefore, the work includes an investigation of the economic factors that affected the establishment of the psychiatric care system and the contemporary economic constraints influencing its reform; statistical data from the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan serve as the source. Additionally, data from the Ministry's official website are used to analyze the psychiatric care system reforms initiated in 2004. The concluding part of the study is devoted to examining these reforms and the current state of psychiatric care in Japan. The prospects for developing psychiatric care are considered in light of demographic trends and contemporary social demands. A systematic synthesis of the historical, legal, and sociocultural aspects of psychiatric care development in Japan is provided, with emphasis on current challenges and directions for reform in the context of increasing life expectancy and population aging.

Keywords: Psychiatric care institutions, psychiatric care system, population aging, stigmatization, Japan.

Author: Frantseva Natalia A., PhD (Philosophy), Associate Professor of the Department of Foreign Regional Studies, Political Science, and Eastern Philosophy at the Faculty of Oriental Studies, Chelyabinsk State University (address: Russia, 454014 Chelyabinsk, Voroshilova Street, 4a). ORCID: 0009-0009-3655-4084.
E-mail: chaika_06@inbox.ru

Conflict of interest. The author declares the absence of the conflict of interests.

For citation: Frantseva, N.A. (2026). Psikhiatricheskaya pomoshch' v Yaponii: ot izolyatsii k inklyuzii? [Mental health care in Japan: From isolation to inclusion?]. *Yaponskiye issledovaniya* [Japanese Studies in Russia], 2026, 1, 149—170. (In Russian).
DOI: 10.55105/2500-2872-2026-1-149-170.

Введение

Среди развитых государств Япония находится на лидирующих позициях как по количеству мест в больничных психиатрических стационарах, так и по длительности пребывания больных с психиатрическими расстройствами на 100 тыс. жителей. С одной стороны, это может говорить о доступности психиатрической помощи для населения, а с другой — может быть как свидетельством стигматизации такого рода пациентов и исключения их из общества, так и примером банального финансового интереса. В целом в современной психиатрии наметился устойчивый тренд к сокращению пребывания пациентов в больничных учреждениях, поскольку их содержание возлагает дополнительные экономические затраты на систему здравоохранения, а также приводит к утрате навыков самостоятельной жизни. Правительство Японии на протяжении последних двадцати лет проводит политику, направленную на сокращение пребывания больных с расстройствами психики в специализированных учреждениях, однако данные меры дают очень ограниченный эффект.

Стоит отметить тот факт, что с 2000-х гг. власти Японии активизировали свою деятельность в отношении целого ряда проблем, связанных с психическим здоровьем нации, привлекая как передовой мировой опыт, так и разрабатывая собственные программы, учитывающие страновую специфику. В докладе, опубликованном на портале ВОЗ, *Suicide prevention in Japan: a public health priority* (Предотвращение самоубийств в Японии: здоровье общества в приоритете) особо подчеркивается позитивная динамика. Если в 1990-х гг. данная тема была полностью табуирована в общественном дискурсе то уже к 2020 г. была создана специальная государственная организация, целью которой стали изучение и внедрение практик сокращения случаев суицида, был увеличен бюджет, направленный на проекты по этой тематике и созданы муниципальные органы, работающие с проблемой суицида [Suicide prevention..., URL]. Таким образом, можно отметить волю государственных органов решать проблемы, связанные с психическим здоровьем общества, в русле современных общемировых тенденций, основанных на идеях гуманизма и инклюзии.

По данным за 2023 г. всего в Японии насчитывается 318 921 психиатрическое койко-место [Iryō shisetsu..., p. 12], в 2002 г. таковых было 357 385 [Seishin byōshō-sū..., URL]. Сокращается и средняя продолжительность пребывания в стационаре: в 2023 г. она составила 290,4 дня [Kanjā chōsa no gaikyō 2023, p. 30], против 373,9 дней в 2002 г. [Seishin byōshō-sū..., URL]. Очевидна тенденция к уменьшению значений этих двух показателей, но это снижение нельзя назвать значительным. Причины таких умеренных изменений также вызывают вопросы. Связано ли это с недостаточностью усилий по изменению самой формы предоставления психиатрической помощи, либо негативное влияние оказывает отношение общества к больным с психиатрическими расстройствами, либо же это следствие той нагрузки, которую в целом испытывает система здравоохранения в связи с возрастающим количеством возрастных пациентов. Согласно уже упомянутому выше отчету, пациенты в возрастной когорте 60—90 лет чаще обращают-

ся за помощью и дольше остальных возрастных групп находятся в медучреждениях [Kanja chōsa no gaikyō 2023, p. 4, 29].

Также нужно отметить, что количество мест для амбулаторного психиатрического лечения поступательно росло в Японии с 1960-х до конца 1990-х гг., и только в начале этого века наметилась тенденция к снижению. То есть для сокращения длительности пребывания пациентов в лечебных учреждениях необходимо изменить саму логику системы, выстраиваемой до этого десятилетиями. Поэтому здесь важно будет обратиться к истории ее формирования.

Система стационарной психиатрической помощи в Японии: историческая ретроспектива

В начале XX в. структура оказания медицинской помощи психическим больным находилась в зачаточном состоянии и не могла покрыть нужды общества. Методы европейской психиатрии начинают постепенно внедряться в практику с периода Мэйдзи, но на начало XX в. основным методом лечения оставалась изоляция. В этом случае больные содержались в домах своих семей в так называемых *дзасики-ро* (座敷牢) — небольшом, огороженном деревянной решеткой помещении. Несомненно, условия содержания были весьма суровыми. На это обратил внимание профессор психиатрии Токийского университета Курэ Сюдзо (呉 秀三), который проводил исследование, посвященное быту и лечению больных с психиатрическими расстройствами. По итогам данного исследования автор выпустил в 1918 г. доклад, в котором резюмировал, что «сотни тысяч пациентов в нашей стране страдают не только от терзающего их душевного расстройства, но уже и от того, что имеют несчастье родиться с этим расстройством в нашей стране» (цит. по [Kanata T. 2016, p. 476]).

Обеспокоенность специалистов-психиатров не прошла незамеченной, и в 1919 г. был выпущен закон о психиатрической помощи, однако его реализация оказалась далека от идеальной. На протяжении всего предвоенного периода сохранялся высокий процент частного, домашнего содержания больных с психиатрическими расстройствами. Так, в таблице, приведенной в работе Уцуномия Минори, охватывающей период с 1909 по 1935 г., процент больных, которым требуется опека и которые содержатся частным образом (в большей степени в частных домах своих семей), колеблется от 60 % в начале периода до 40 % к его окончанию [Utsunomiya Minorī 2011, p. 6]. В целом предвоенный период характеризуется тем, что ответственность за содержание больных с психиатрическими заболеваниями была возложена на их семьи и родственников, а государственные инициативы по изменению такого положения не могли быть реализованы в связи с отсутствием финансирования. В 1919 г., когда был утвержден закон, касающийся психиатрических больниц, на подобные больницы не было заложено ни одной статьи в государственном бюджете, вместо этого было выделено 30 тыс. иен в качестве годовой субсидии частным больницам, которые могли оказывать услуги по содержанию психиатрических больных [Utsunomiya Minorī 2011, p. 16]. Военные действия в Маньчжурии, а позднее и на Тихом океане сместили фокус

государственного внимания на военный сектор и вопросы внешней политики, поэтому дальнейшее развитие системы по работе с пациентами с психиатрическими расстройствами относится уже к послевоенному периоду.

Послевоенная система оказания помощи психиатрическим пациентам формировалась под влиянием американской администрации. В 1950 г. японское правительство предпринимает вторую попытку ухода от частного содержания больных. Запрещается практика *дзасики-ро*, а на префектуры возлагается обязанность по устройству психиатрических лечебниц. Однако реализация данной программы, как и закона 1919 г., вновь сталкивается с недостаточным финансированием.

Необходимо отметить следующее: несмотря на то, что Япония — унитарное государство, префектуры наделены большими полномочиями и относительно самостоятельными бюджетами, которые, однако, очень разнятся от префектуры к префектуре и от муниципалитета к муниципалитету. Соответственно, те префектуры, которые не имели средств к созданию государственных больниц, привлекали к этой работе частные клиники, субсидируя их работу. С одной стороны, это заложило основу для активного роста сети клиник, но с другой — создало условия, при которых клиникам финансово выгодно длительное содержание пациентов.

Национальное исследование положения лиц с психическими расстройствами 1954 г. выявило 1,3 миллиона человек, страдающих тем или иным типом расстройства, из которых 340 тыс. нуждались в госпитализации [Seishin igaku kenkyū..., p. 6]. По данным на 1953 г. более 90 % расходов на лечение психиатрических больных приходилось на их содержание в больничных учреждениях [Shinohara Fumio 2024, p. 266].

Поскольку еще выпущенное С. Курэ в 1918 г. исследование показало, что домохозяйства с меньшим доходом демонстрируют худшее обеспечение ухода за людьми с психиатрическими расстройствами [Utsunomiya Minori 2011, p. 7], государство предприняло попытку облегчить финансовое бремя госпитализации психиатрических пациентов. С этой целью были введены два типа госпитализации, при которых ее оплата финансировалась государством и префектурами. Первый тип: субсидируемая госпитализация (医療扶助入院, *ирё: фудзё ню:ин*), которая предполагала, что пациент добровольно поступает на лечение, но в связи с тяжелым экономическим положением его домохозяйства, госпитализация субсидируется государством. Второй — принудительная госпитализация (措置入院, *соти ню:ин*), которая применялась к пациентам, представляющим опасность для себя или окружающих из-за своих психических заболеваний. Если второй тип был связан с психиатрическими пациентами, то первый применялся не только по отношению к ним, но и к ряду других социально значимых заболеваний, таких как туберкулез, например. Однако если количество больных туберкулезом, госпитализированных по программе субсидируемой госпитализации в течение 1950-х гг., уменьшалось, субсидируемая госпитализация психиатрических больных только росла. Более того, в связи с недостаточным финансированием принудительной госпитализации, часть пациентов, которые были фактически госпитализированы принудительно, были оформлены как поступившие добровольно в рамках программы субсидированной госпитализации. Такое изменение позволя-

ло снизить нагрузку на бюджеты префектур, поскольку субсидируемая госпитализация оплачивалась центральным бюджетом на 80 %, а принудительная только на 50 % [Shinohara Fumio 2024, p. 266—267].

Уже в первой половине 1950-х гг. Отдел опеки комиссии по социальным вопросам в целях оптимизации медицинских расходов выступил с инициативой изменить форму пребывания пациентов в психиатрических больницах. Так, в отношении пациентов с хроническими случаями, когда они уже не получают специфического лечения, предполагался их перевод в иные учреждения, обеспечивающие уход. Однако против таких нововведений выступило медицинское сообщество, в частности, представители Японской ассоциации психиатрических больниц. Их позиция могла быть продиктована как опасением потери финансирования, так и опасением того, что при выписке больные не смогут получить необходимый уровень помощи, а выписка пациентов, многие из которых были одиночками, могла усугубить их состояние. Необходимо отметить и тот факт, что уже в 1950-х гг. государство предпринимало попытки сократить время госпитализации и изменить институциональную форму оказания психиатрической помощи. Но попытка поменять учреждения лечения на учреждения социальной защиты не увенчалась успехом.

С 1952 по 1955 г. Отдел опеки выдвигал планы по созданию больниц первого и второго типа, где больницы первого типа проводили бы лечение, а больницы второго типа обеспечивали бы только сестринский уход, были бы дешевле в содержании и фактически соответствовали бы приютам по образцу немецких (по заявлению главы отдела Куроки Тосио) [Shinohara Fumio 2024, p. 270]. В 1956 г. в бюджет была включена субсидия, направленная на стимулирование строительства организаций социальной помощи (救護施設, *кю:го сисэцу*), которые бы оказывали услуги длительного ухода и поддержки для лиц с ограничениями. Субсидия была предоставлена шести учреждениям вместимостью по 50 человек [Shinohara Fumio 2024, p. 271]. При этом основное бремя финансирования легло на муниципалитеты и префектуры, а основная часть государственной поддержки была направлена на развитие системы оказания экстренной помощи (緊急救護施設, *кинкю: кю:го сисэцу*). Данный факт, а также отрицательное отношение к этой идее профессионального медицинского сообщества предопределил неразвитость данной структуры. Основной причиной таких нововведений было стремление правительства сократить государственные расходы на медицину. Речь шла не о возвращении таких пациентов в социум, а о продолжении их изоляции, но эта изоляция должна была стать более экономной.

Послевоенное восстановление экономики и ее последующий рост позволили увеличить государственные расходы на социальную сферу, в том числе и на медицину. В 1960-х гг. правительство увеличило финансирование как строительства новых больниц (больниц разного профиля, не только психиатрических), так и улучшения оснащения существующих, но в основном это касалось расширения системы учреждений, оказывающих экстренную помощь. С одной стороны, данные меры позитивно сказались на развитии системы здравоохранения и повышении ее доступности для населения. Однако вместе с тем увеличение субсидирования коснулось и принудительной психиатрической госпитализации по ад-

министративному предписанию. Выше мы уже отмечали, что принудительная госпитализация страдала от недостатка финансирования; пытаясь решить данную проблему правительство ввело восьмидесятипроцентное субсидирование из центрального бюджета, что повлияло на рост числа госпитализированных принудительно. В 1957 г. было зарегистрировано 8455 случаев принудительной госпитализации, а после введения субсидии в 1964 г. — 62 719 случаев. Также за указанный период произошло увеличение коечного фонда в психиатрических больницах более чем в два раза [Kanata Т. 2016, р. 478]. Для стимулирования развития этой сферы государством применялось как субсидирование, так и снижение кадровых стандартов для обслуживающего персонала.

Если рост числа коек в 1950-х гг. объясняется самым созданием системы и запретом на домашнее содержание, то резкий рост количества мест в психиатрических больницах в 1960-е гг. связан с рядом факторов.

Возможно, не самым важным, но, несомненно, повлиявшим на отношение к психиатрическим пациентам, стало событие 1964 г., когда посол США получил ножевое ранение вследствие нападения человека с психиатрическим заболеванием [Seishin igaku kenkyū..., р. 6].

Однако только один инцидент не смог бы полностью повлиять на формирование огромной системы содержания психиатрических пациентов в специализированных клиниках. Тут сказались и иные факторы. В уже упоминавшейся выше работе Т. Каната приведено два основных фактора, в свое время сформировавших такое положение в японской психиатрии. Первый — это стремление государства любой ценой обеспечить общественный порядок и безопасность, что объясняется автором стремлением японцев к гармонии. А второй — это экономический рост Японии 1955—1973 гг., который, с одной стороны, обеспечил государству возможность финансирования растущего сектора больниц, а с другой — требовал высвобождения рабочих рук и выхода на рынок труда тех, кто был занят в уходе за родственниками [Kanata, Т. 2016]. Кроме того, размещение психиатрических клиник в сельской местности позволяло обеспечивать занятость населения.

Данный тип размещения преобладает до сих пор. По абсолютному количеству психиатрических учреждений лидируют такие густонаселенные районы Японии, как агломерация Токио (48), преф. Канагава (46), преф. Сайтама (46), городской район Осака (39). Но в относительных числах (количество больниц на 100 тыс. жителей) в лидерах находятся префектуры, расположенные на окраинах страны, на островах Кюсю, Сикоку, Хоккайдо, в районе Тюгоку, при этом в центре страны в развитых районах Канто и Кансай соотношение гораздо ниже (рис. 1). При этом Хоккайдо и префектура Фукуока лидируют и по абсолютным значениям.

К 1980-м гг. в Японии была сформирована частно-государственная система специализированных психиатрических больниц, а также клиник, неспециализированных, но способных оказывать психиатрическую медицинскую помощь. Активное субсидирование данной сферы позволило сделать психиатрическую помощь доступной. При этом проблемы с определением критериев выписки, а также нерешенные вопросы реабилитации и возвращения в социум, привели к



Рис. 1. Тепловая диаграмма распределения психиатрических клиник относительно количества населения по префектурам.

Источник: составлено автором по System of Social and Demographic Statistics/Statistical Observations of Municipalities 2025/Basic Data. URL: https://www.e-stat.go.jp/en/stat-search/files?page=1&query=%E9%83%BD%E9%81%93%E5%BA%9C%E7%9C%8C%E5%88%A5%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E7%A7%91%E7%97%85%E9%99%A2%E6%95%B0&sort=year_month%20desc&layout=dataset&stat_infid=000040283818&metadata=1&data=1 (дата обращения: 25.10.2025).

увеличению сроков госпитализации. Стремясь снизить расходы, власти размещают больницы в менее урбанизированных районах, а требования к персоналу снижаются. Кризис в данной системе, выветивший ее слабые места, разразился в 1984 г. и стал известен под названием «скандал в Уцуномия». Тогда широкой общественности, в том числе и мировой, стали известны факты издевательств над пациентами психиатрической больницы Уцуномия. Под давлением Международной комиссии юристов и комитета ООН по защите меньшинств было начато государственное расследование. Однако в поле зрения СМИ и ранее попадали одиозные случаи нарушений в отношении психиатрических пациентов. Так, журналист Окума Кадзуо стал известен в первую очередь благодаря своей деятельности по защите прав пациентов с психиатрическими расстройствами и своими репортажами, освещающими нарушения в отношении последних. Первое его расследование «Репортаж: Психиатрическое отделение» вышло в 1973 г., на десять лет раньше скандала в Уцуномия, а второе расследование было обнародовано в 1985 г. — «Новый репортаж: Психиатрическое отделение». После того как в 1984 г. были расследованы факты издевательств над пациентами психиатрической больницы Уцуномия, в 1987 г. вышел обновленный закон «О психическом здоровье» (精神保健法, *сэйсин хокэн-хо*), где особое внимание уделялось соблюдению прав людей с психическими расстройствами. Однако данная проблема не решена по сей день, существуют академические и журналистские исследования, посвященные теме нарушения прав пациентов в психиатрических

учреждениях [Inoue Riko 2024, p. 1]. Например, в 2023 г. телекомпанией NHK был снят документальный фильм «Репортаж: Выписка после смерти — темная сторона психиатрической помощи» (ルポ 死亡退院～精神医療・闇の実態～, Рупо сибо: тайин. Сэйсин ирё:. Ями-но дзиттай) [Inaba Tsuyoshi 2023]. Название и тема данного фильма отсылают к журналистским расследованиям Окума Кадзуо, что только подчеркивает незначительность изменений за последние пятьдесят лет, прошедшие с публикации первого «Репортажа».

Законодательные акты, касающиеся больных с психиатрическими расстройствами

В регуляторных документах периода Мэйдзи и ранней эпохи Тайсё люди с ярко выраженными психиатрическими нарушениями воспринимались исключительно как объекты воздействия и контроля. В отношении таких людей использовался термин «癪狂人» (*тэнкёджин*), что буквально значит «сумасшедший». При этом М. Уцуномия в своей работе отмечает одиозное соседство параграфов, связанных с людьми с психиатрической симптоматикой, с такими, которые отбрасывают на первых неблагоприятный отсвет. Так, в «Руководстве для службы надзора за порядком в Токио» 1872 г. сумасшедшие упомянуты в соседстве с бешеными животными, а в «Годовом докладе Гигиенической службы» за 1916 г. параграф, посвященный психиатрическим больным, помещен в раздел «Служба здравоохранения» рядом с параграфами «Чистка загрязнений», «Убой скота», «Похороны», «Отравление» [Utsunomiya Minoru 2011, p. 5]. То есть, данная тематика оказывается связанной с ритуальной или физической нечистотой, что может как формировать, так и отражать общественное мнение по данному вопросу.

В начале XX в. законотворческая инициатива модернизирующейся Японии была обращена к регулированию положения уязвимых категорий граждан. В 1900 г. стартовал процесс обсуждения законопроекта «Об опеке и попечительстве в отношении несовершеннолетних и недееспособных категорий населения» (監護法案審議過程, канго: хо:ан синги катэй). В рамках данной инициативы был поднят вопрос и о людях с психическими расстройствами, что было несомненно позитивно, поскольку вывело данную тему в поле обсуждения специалистов различных направлений — от медицины до юриспруденции. При этом, несмотря на общий тренд на гуманизацию обращения, государство видело в людях с психическими расстройствами угрозу для общества как с точки зрения нарушения ими общественного порядка, так и как источник дурной наследственности [Utsunomiya Minoru 2011, p. 17], что, впрочем, вполне согласуется с распространенными тогда идеями евгеники. Первым общенациональным нормативным актом, регулирующим положение больных с психиатрическими расстройствами, стал закон 1900 г. «О попечительстве над психиатрическими пациентами» (精神病患者監護法, сэйсин бёса кангохо:) [Utsunomiya Minoru 2011, p. 3]. Данный закон разрешал содержание больных с психиатрическим расстройствами в частных домах или лечебных учреждениях. Ответственность за содержание возлагалась на родственников или муниципалитеты, при этом проводилось разграничение на опасных,

склонных к противоправным деяниям, и неопасных больных. По сути, была узаконена практика *дзасики-ро*, что вызвало критику со стороны общественности, поэтому в 1919 г. был принят закон «О психиатрических больницах» (*精神病院法, сэйсин бё:инхо:*). Реализация его не была успешной в первую очередь в связи с финансовым вопросом. Дискуссия о создании системы психиатрических больниц, развернувшаяся в Парламенте и профильных комитетах в 1910-х гг., не рассматривала пациентов с психиатрическими расстройствами как субъектов в данном вопросе, а концентрировалась на том, как данная система будет способствовать поддержанию общественного порядка. Такого рода пациенты рассматривались как носители неблагоприятной наследственности, а следовательно, и как угроза государственному благополучию [Utsunomiya Minorі 2011, p. 9—10].

В послевоенный период под влиянием оккупационной администрации в Японии принимаются законодательные акты, на долгие годы вперед сформировавшие систему социального обеспечения. В 1947—1950-х гг. выходят законы, касающиеся социальной поддержки детей, инвалидов, а также иных категорий населения, пострадавших вследствие военных действий. В 1960-х гг. данные законы были дополнены актами, которые касались поддержки людей с нарушениями интеллекта, матерей с детьми и вдов, пожилых. При этом люди с ментальными нарушениями рассматривались как объекты помощи не социальной, а исключительно медицинской.

Так, в 1950 г. был принят закон «О психической гигиене» (*精神衛生法, сэйсин эйсэй-хо:*), который, в частности, запрещал практику частного содержания больных в *дзасики-ро*, и вместо этого предписывал создание психиатрических больниц в каждой префектуре. Несмотря на стремление к гуманизации опеки над людьми с психиатрическими расстройствами, в рамках этого же закона они рассматривались как предрасположенные к совершению преступлений, что способствовало усилению изоляционных практик [Kirihara Naoyuki 2021, p. 111]. Кроме того, закон того же года «О социальной защите» (*社会保障法*) вводит госпитализацию за государственный счет в психиатрические больницы для лиц, которые не в состоянии сами себя обеспечивать [Shinohara Fumio 2024, p. 265]. По данным за 1950, 1951 и 1959 г. около 50 % госпитализированных были госпитализированы при этой финансовой поддержке государства [Shinohara Fumio 2024, p. 266].

Присутствующее в названии закона словосочетание «психическая гигиена» может восприниматься, с одной стороны, нейтрально, а с другой — как негативно маркированное, поскольку в традиционном сознании японца высокую ценность имеет понятие чистоты вообще и ритуальной чистоты в частности. Таким образом, мы можем говорить о сохранении в общественном сознании восприятия психиатрических больных как нечистых, то есть, в понятиях закона, нарушивших психическую гигиену. В пользу такой трактовки говорит и тот факт, что при пересмотре закона в 1987 г. было изменено и его название на закон «О психическом здоровье».

Реформирование законодательной базы, касающейся людей с психическими расстройствами, проходило в атмосфере накаленной общественной дискуссии. После журналистских расследований и скандала в больнице Уцуномия, где были убиты двое пациентов, к положению пациентов в психиатрических больницах

было привлечено внимание не только внутри страны, но и за ее пределами. Так, развитию дискуссии на государственном уровне способствовали запросы от международной неправительственной организации Международная комиссия юристов, результаты работы которой были представлены в подкомитет ООН по защите прав меньшинств, который также контролировал развитие данной дискуссии. При этом среди заинтересованных сторон внутри страны не было единства по отношению к пересмотру закона. Часть групп восприняли пересмотр позитивно. Среди таких организаций были Национальная федерация семей лиц с психическими заболеваниями, которая сконцентрировалась на развитии реабилитационных учреждений, и Японская федерация ассоциаций адвокатов, к сфере их интересов относилась разработка критериев по госпитализации и выписке. Другие группы, в частности Национальная ассоциация лиц с психическими расстройствами, выступали с резкой критикой пересмотра закона «О психической гигиене» и требовали его полной отмены, поскольку он, с их точки зрения, был дискриминационным по своей сути и стимулировал практики стигматизации и принудительной госпитализации [Kiri-hara Naoyuki 2021, p. 110]. Кроме того, заявления данной организации свидетельствуют о наличии недоверия к профессиональным медицинским сообществам. Так, в «Письме протеста», выпущенном этой Ассоциацией в 1986 г., есть фраза: «Как вы собираетесь обсуждать права человека, объединив для этого обсуждения людей, которые сделали все для исключения «душевнобольных» из общества, и врачей, в чьих руках власть в больницах» (цит. по [Kiri-hara Naoyuki 2021, p. 121], перев. авт.). При этом дискуссия на правительственном уровне проводилась с привлечением различных групп интересов и экспертов, с проведением публичных обсуждений и круглых столов.

В переработанный закон 1987 г. «О психическом здоровье» были включены предложения тех групп, которые оказались готовы сотрудничать с государственными комитетами и Министерством здравоохранения. Были введены дополнительные меры защиты пациентов клиник: в каждой префектуре были организованы комиссии, оценивающие необходимость принудительной госпитализации и методы лечения. Кроме того, вводилось обязательство по учреждению институций реабилитации. Но, несмотря на это, активного развития системы реабилитационных центров не произошло. Сохранилась практика социальной госпитализации, когда лечение не проводится, но выписка невозможна по социальным причинам. Активизация работы в этом направлении произошла в 2004 г., когда Министерством здравоохранения, труда и благосостояния была представлена концепция реформы, в рамках которой предполагалось отказаться от социальной госпитализации и не только создать реабилитационные учреждения, но и работать с широкими кругами общественности, информируя их о психических расстройствах, создать общественные группы помощи возвращения в социум. Однако в связи с тем, что программа не была эффективна, она пересматривалась в 2008 и в 2010 г. [Kanata T. 2016, p. 481].

Люди с психическими расстройствами были внесены в закон «Об инвалидах» (障害者基本法, сё:гайся кихонхо:) только в 1993 г., что дало им право на участие в программах социальной защиты. А в 1995 г. был вновь пересмотрен закон «О психическом здоровье», он получил новое наименование: «О психическом

здоровье и благополучии лиц с психическими расстройствами» (精神障害者の福祉に関する法律, *сэйсин сё:гайся-но фукуси ни кансуру хо:рицу*) или сокращенно «О психическом здоровье и благополучии». Последняя редакция данного закона доступна на 1 июня 2025 г. В настоящее время закон включает в себя статьи, касающиеся форм госпитализации, регулирующие работу больниц и лицензирования медицинского персонала. Кроме того, в главе 7 второго раздела описана форма организации и основные направления работы Центра содействия реинтеграции в общество людей с психическими расстройствами [Seishin hoken...URL].

Современное состояние: проекты, решения и противоречия

Начало XXI в. Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии встретило с большим багажом реализованных проектов, связанных с психиатрией. В этой сфере имелись как успехи, так и накопились нерешенные проблемы. Проблемы привлекли к себе внимание и международных организаций (в частности ВОЗ), и японской общественности. Кроме указанной выше проблемы длительного пребывания пациентов с психиатрическими расстройствами в стенах больниц, обращала на себя внимание проблема роста числа самоубийств [Suicide prevention in Japan...URL]. Две данные проблемы были осложнены демографической ситуацией — растущим числом возрастных пациентов. Статистика показывает, что возрастные пациенты дольше остаются на стационарном лечении [Kanja chōsa no gaikū 2023, p. 4]. Кроме того, Япония столкнулась с ростом самоубийств среди пожилых в связи с чувством одиночества, сложностями медицинского характера, а также ростом числа двойных самоубийств среди пожилых людей [Yuhara Etsuko et al. 2016; Kōrei-sha no jisatsu no tokuchō 2006]. Однако если в решении задачи по сокращению числа самоубийств есть очевидный прогресс [Suicide prevention in Japan...URL], то реализация программы по сокращению длительности пребывания в психиатрических больницах не показывает такой же результативности. Правительственные программы, реализуемые в новом веке, демонстрируют как старые приемы, так и новые подходы.

По данным Министерства здравоохранения на 2002 г. в Японии были следующие типы учреждений реабилитации (данные учреждения предназначены не только для людей с психиатрическими расстройствами, но и для людей с ограниченными возможностями) (табл. 1).

Данную систему реабилитации, а также систему оказания психиатрической помощи предполагалось реформировать согласно с представленным в 2004 г. «Видением улучшения мер, направленных на социальное благополучие и психическое здоровье» (精神保健福祉施策の改革ビジョン, *сэйсин хокэн фукуси сисаку-но кайкаку бидзён*, далее «Видение»). «Видение» включало в себя три основных направления работы Министерства здравоохранения, труда и благосостояния: распространение знания о психических расстройствах среди граждан, изменение в сфере психологической медпомощи с целью уменьшить срок нахождения в медицинском учреждении и развитие помощи на местах. Главной целью был заявлен уход от оказания помощи преимущественно в самих лечебных учреждениях

Таблица 1. Типы учреждений реабилитации в Японии (2002 г.)

Наименование типа	Характеристика	Количество единиц
Учреждения обучения социальным навыкам (生活訓練施設, сэйкацу кунрэн сисэцу)	Проведение обучающих тренингов по социальной адаптации, взаимодействию, бытовым и социальным навыкам	241
Учреждения кратковременного пребывания (ショートステイ, сё:то сутэй)	Услуги кратковременного проживания и ухода в тех случаях, когда уход или реабилитация на дому невозможны	135
Учреждения проживания с поддержкой Тип А (福祉ホーム A型, фукуси хо:му эй-гата)	Предоставление жилья и поддержки в повседневной жизни людям с психическими расстройствами, которые способны работать, заключая трудовой договор	124
Учреждения проживания с поддержкой Тип Б (福祉ホーム B型, фукуси хо:му би-гата)	Предоставление жилья и поддержки в повседневной жизни людям, которые не способны работать по трудовому договору и нуждаются в социальной адаптации	40
Профессиональные учреждения, «мастерские» (授産施設, дзюсан сисэцу)	Предоставление возможности профессионального (пере)обучения и трудоустройства лицам, испытывающим сложности с трудоустройством. Такие учреждения представлены в двух подтипах:	
	Дневное пребывание	211
	Пребывание с проживанием	26
Социальные фабрики (福祉工場, фукуси ко:дзё:)	Предоставление трудоустройства лицам с ограниченными возможностями для адаптации через работу в социально поддерживаемой среде	15
Местные центры поддержки (地域生活支援センタ, тиики сэйкацу сиэн сэнта:)	Широкий спектр услуг для лиц с ограниченными возможностями, который включает консультации, социальную адаптацию, поддерживающие мероприятия и помощь в самостоятельном проживании в обществе	296
Групповые дома (グループホーム, гуру:пу хо:му)	Небольшие жилые дома (обычно 5—9 человек), где люди с психическими расстройствами или деменцией живут совместно, получая поддержку в быту и в социальной адаптации	915

Источник: составлено автором по [Shōgai hoken fukushi-bu URL ;Seishin hoken fukushi URL]; System of Social and Demographic Statistics/Statistical Observations of Municipalities 2025/Basic Data. URL: https://www.e-stat.go.jp/en/stat-search/files?page=1&query=%E9%83%BD%E9%81%93%E5%BA%9C%E7%9C%8C%E5%88%A5%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E7%A7%91%E7%97%85%E9%99%A2%E6%95%B0&sort=year_month%20desc&layout=dataset&stat_infid=000040283818&metadata=1&data=1 (дата обращения: 25.10.2025).

и переход к деятельности по интеграции людей с психиатрическими расстройствами в социум по месту проживания [Seishin hoken fukushi... URL]. При этом, судя по информации по данной программе, представленной на сайте Министерства, ключевым фактором в ней считалось именно развитие институций на местах, которые бы отвечали нуждам ресоциализации людей с психическими расстройствами. Таким образом, предполагалось создать новую систему, которая бы сочетала в себе медицинскую помощь и социальную реабилитацию. При этом отмечается, что в рамках нового подхода с 2006 г. будут функционировать учреждения проживания с поддержкой Тип А и местные центры поддержки. Остальные типы будут переходить к новой системе в течение более длительного переходного периода, поскольку у них требования к персоналу выше. Новый подход предполагал создание учреждений двух видов: учреждения, помогающие в самостоятельной жизни (например, помощь на дому), и учреждения поддержки жизни в обществе (куда отнесены учреждения проживания с поддержкой Тип А и местные центры поддержки, а также различные консультативные центры).

В рамках действия нового закона, принятого в 2005 г., был открыт Центр действия реинтеграции в общество людей с психическими расстройствами. К основным функциям Центра относятся информационно-просветительские и информационно-аналитические. Данная организация должна, с одной стороны, способствовать росту осведомленности о психических расстройствах в обществе в целом, а с другой — взаимодействовать с представителями бизнеса для развития реинтеграции. Центр может сам вести предпринимательскую деятельность, которая содействует социальной реинтеграции лиц с психическими расстройствами [Seishin hoken... URL]. К информационно-аналитической деятельности данного центра относятся сбор, обработка и последующее предоставление Министру информации о реинтеграции и различных практиках в этой области, существующих в Японии.

Что касается оказания именно медицинской психиатрической помощи, то «Видение» зиждилось на трех основных предпосылках: сократить число коек в психиатрических больницах, выработать прозрачные критерии определения не нуждающихся в лечении пациентов, создать прозрачную систему управления медицинскими учреждениями и условий адаптации и возвращения к жизни в обществе.

«Видение» является рамочной программой, которая должна дать общее направление для собственно практической реализации в каждой отдельной префектуре. С одной стороны, когда практическое наполнение разрабатывается «на местах», в префектурах и муниципалитетах, это позволяет сделать программу более гибкой, отвечающей запросам конкретной территории, но с другой — центральный бюджет, как это было уже ранее, перекладывает нагрузку на местные бюджеты. Так, согласно программе, национальное правительство могло субсидировать до половины суммы программ префектур, а субсидии от префектур составляли до 1/4. Но необходимо учесть и тот факт, что большинство региональных бюджетов не имеет профицита или хотя бы баланса собственных средств и расходов, в связи с чем получает регулярные субсидии и транши из центрального бюджета. Наблюдается обратная зависимость: чем более самостоятелен бюджет

префектуры, тем меньше на ее территории психиатрических больниц в относительных (относительно количества населения) цифрах. По данным, приведенным на сайте E-stat за 2021 г., на первом месте по проценту самообеспечения финансами находится агломерация Токио (76 %), следом за ней префектуры Гифу, Айти и Канагава (~54 %), городской округ Осака (52 %) [System of Social and Demographic Statistics 2021]. При этом они являются регионами с наименьшим количеством психиатрических больниц на 100 тыс. человек, как верно и обратное, что регионы с наименьшей способностью к самообеспечению за счет внутренних средств имеют больше таких учреждений в расчете на 100 тыс. человек. Еще более красноречивы были данные за 2019 г., где пятерка наиболее успешных в финансовом плане регионов: Токио (~97 %), Айти и Канагава (69 %), Осака (68 %), Тиба (65 %), Сайтама (59 %) были одновременно и антилидерами рейтинга по количеству психиатрических больниц на 100 тыс. населения [System of Social and Demographic Statistics 2019].



Рис. 2. Тепловая диаграмма обеспеченности собственными финансами на 2021 г.

Источник: составлено автором по System of Social and Demographic Statistics, 2021/Social Indicators by Prefecture. URL: https://www.e-stat.go.jp/en/stat-search/files?page=1&query=D%EF%BC%8E%E8%A1%8C%E6%94%BF%E5%9F%BA%E7%9B%A4&layout=dataset&stat_infid=000040248625 (дата обращения: 25.10.2025).

Иными словами, в наиболее сложной ситуации оказываются регионы, в которых уже существуют проблемы: отток населения, низкие налоговые доходы. Таким регионам придется работать с реформатированием большого количества уже существующих учреждений, и создавать дорогостоящую систему реабилитации. Если в прошлом, префектуры опирались на частную инициативу в созда-

нии психиатрических больниц, в рамках которой медицинские институции поддерживали систему длительного пребывания пациентов, то на современном витке более продуктивным должно стать обращение к гражданскому обществу и общественным организациям, которые бы помогли в развитии реабилитационных институтов. Здесь возникает новый актор в данной проблеме — само общество, которое должно иметь понимание и желание участвовать в решении проблем людей с психиатрическими расстройствами.

Кроме того, деинституционализации мешает группизм в японском обществе, он становится здесь обоюдоострым оружием. С одной стороны, он способствует выделению пациентов с психиатрическими заболеваниями в отдельную группу, что приводит к идее их изоляции, а с другой — сами пациенты клиник не хотят их покидать, поскольку внутри них чувствуют свою причастность к группе. Таким образом, программы по реабилитации и деинституционализации психиатрических пациентов должны не только касаться системы медицинских институций, но и создавать условия, при которых возникнут группы, способные принять людей с психиатрическими заболеваниями.

Осознав скромную эффективность уже существовавших программ по деинституционализации, Министерство здравоохранения в 2019 г. выпустило новую программу — «Система помощи, в том числе при психических расстройствах, в рамках местных сообществ» (精神障害にも対応した地域包括ケアシステム, *сэйсин сё:гай ни мо тайо:сита тиики хо:кацу кэа сисутэму*). В ней, в отличие от «Видения» 2004 г., сделан акцент на работу с местными сообществами.

Предпринимаются различные шаги для преодоления стигматизации. К такому можно отнести создание сайта *Кокоро-но дзё:хо: сайто*¹ (心の情報サイト, досл. Сайт информации о сердце\душе). Цель данного ресурса — информировать о различных ментальных состояниях и нарушениях, мерах поддержки и самоподдержки, об институциях, которые помогают пациентам с психическими расстройствами, а также об особенностях медицинского страхования, которое может покрыть расходы в этой области. Сайт является официальным проектом Национального центра неврологии и психиатрии Японии. При этом в материалах сайта избегается использование слова «психический» (精神, *сэйсин*), вместо стандартных сочетаний «психическое здоровье» (精神の健康, *сэйсин-но кэнко:*), «психическая болезнь» (精神病気, *сэйсин бё:ки*) используются сочетания с компонентом «сердце», «душа» (こころの健康, こころの病気, *кокоро-но кэнко:, кокоро-но бё:ки*), специализированные термины с компонентом «психический» используются уже непосредственно при описании конкретных расстройств. Выбор таких лексических единиц согласуется с еще одним направлением современного видения оказания психиатрической помощи — это снятие социальной стигмы. Сейчас социальная стигма и табуирование данной темы в японском обществе изолируют людей с психическими расстройствами так же, как и *дзасики-ро*, запрещенная в 1950-х гг. Эффективность деятельности данного сайта в настоящее время оценить сложно, однако важность работы с населением через различные формы коммуникаций подчеркивается японскими авторами, в частности в докладах На-

¹ URL: <https://kokoro.ncnp.go.jp/>

учного совета Японии, который является высшим консультативным органом при правительстве Японии, созданным для содействия развитию науки и технологий в стране [Seishin igaku kenkyū...].

Согласно «Докладу о текущей ситуации, проблемах и вопросах, связанных с основными задачами службы социального обеспечения до 2040 года» на сегодняшний день в Японии функционируют следующие типы учреждений, предоставляющих социальную помощь людям с психическими расстройствами [2040-Nen ni muketa fukushi sābisu 2025, p. 7]:

Помощь на дому (居宅介護, *кётаку кайго*):

Поддержка и помощь людям с психическими расстройствами, проживающими в своих домах. Она включает как помощь в домашних делах и сопровождение на медицинские процедуры, так и консультативную поддержку для обеспечения самостоятельной жизни в привычной среде.

Краткосрочное размещение (短期入所, *танки ню:дзё*):

Временный уход и проживание в специализированных учреждениях, обычно сроком до 6—7 дней, в ситуациях, когда уход в домашних условиях временно невозможен.

Повседневная помощь (生活介護, *сэйкацу кайго*):

Поддержка в выполнении базовых жизненных действий: помощь с едой, гигиеной, уборкой, медицинской поддержкой и социальной адаптацией. Может предоставляться как в учреждениях, так и в групповых домах, чтобы облегчить повседневную жизнь.

Поддержка при проживании в учреждениях (施設入所支援, *сисёцу ню:дзё сизэн*):

Помощь лицам, проживающим в специализированных психиатрических или социальных учреждениях. Включает уход, медицинскую помощь и сопровождение в повседневной жизни при круглосуточном пребывании.

Поддержка совместной жизни, групповые дома (共同生活援助, *кё:до: сэйкацу эндзё*):

Поддержка при совместном проживании в групповых домах, где люди с психическими расстройствами живут вместе с поддержкой помощников по бытовым и социальным вопросам для стимулирования их самостоятельности и интеграции в общество.

Поддержка трудоустройства, тип А (就労継続支援A型, *сю:ро: кэйдзоку сизэн эй-гата*): Предоставление работы по трудовому договору с поддержкой и обучением навыкам труда, целью является развитие трудовой активности и социального участия.

Поддержка трудоустройства, тип В (就労継続支援B型, *сю:ро: кэйдзоку сизэн би-гата*): Предоставление работы на более гибких условиях без трудового договора, что позволяет участникам программы работать на индивидуальной скорости и постепенно включаться в трудовую деятельность.

Однако исследование, опубликованное в 2023 г., демонстрирует недостаточность прилагаемых усилий. В исследовании Утино Такаси и др. представлены результаты анкетирования 500 здоровых людей и 500 людей с психическими расстройствами. Практически 90 % из группы здоровых и 70 % людей с расстройствами не знают о службах, где бы они могли обсудить ментальные проблемы, не

испытывая дискомфорта. Еще меньше, 94 % и 87 % соответственно, не знают о том, что психические заболевания проявляются до 25 лет. И только 10 % среди людей с расстройством и 3 % среди людей без расстройств уверены, что существующая система обеспечит ранний доступ к консультациям и поддержке при возникновении проблем с психическим здоровьем или развитии психического заболевания [Uchino Takashi et al. 2023, p. 3].

Для решения проблемы деинституционализации системы психиатрической помощи необходима совместная работа общества и государства, но для этого на современном этапе необходимо решить проблему не столько институциональную, сколько концептуальную, связанную с восприятием в обществе людей с психиатрическими расстройствами. Но это условия сегодняшнего дня, а выстраиваемая система в обозримом будущем столкнется и с новыми вызовами. Так в «Докладе о текущей ситуации, проблемах и вопросах, связанных основными задачами службы социального обеспечения до 2040 года» указано, что в обозримом будущем предоставление социальных услуг по месту проживания в горных районах и районах, испытывающих отток населения (сельские, слабо урбанизированные районы) будет значительно затруднено [2040-Nen ni muketa fukushi sabisu 2025, p. 57]. Уже сейчас система оказания психиатрической помощи должна учитывать существующие неутешительные тренды развития японского общества, поскольку дальнейшее ее развертывание будет проходить в условиях сокращения ресурсов.

Заключение

Создание и развитие системы государственной психиатрической помощи в Японии связано с XX в., и если смотреть с исторической дистанции, то несомненно позитивное движение к гуманизации практик, связанных с людьми с психиатрическими расстройствами, что в целом идет в общем русле с мировым развитием. Стремление организовать экономную, в условиях дефицита, систему психиатрической помощи, специфика политического и экономического развития страны в XX в. — все это привело к формированию весьма противоречивой конструкции. Общественный и государственный дискурс первой четверти XX в. в отношении людей с психиатрическими расстройствами также был достаточно противоречивым. С одной стороны, мы можем наблюдать очевидное стремление к гуманизации практик, применяемых в отношении таких людей, а с другой, особенно на государственном уровне, мы видим свидетельства объективирующего, дегуманизирующего отношения, в рамках которого такие люди рассматриваются как угроза общественному порядку и благополучию, как вероятные преступники и нарушители, а также как носители неблагоприятной наследственности. Однако в связи с тем, что финансирование создания системы психиатрических больниц было абсолютно недостаточным, такая государственная позиция не повлияла на саму систему, поскольку создана она была уже позднее в 1950-х гг. Однако она повлияла на воспроизводство умолчания, избегания данной темы в обществе. В практическом плане отсутствие государственного финансирования в довоен-

ный период не позволило выстроить систему медицинской психиатрической помощи, и надзор за больными, которым он был необходим, остался в ведении их родственников и муниципальных служб, продолжилась практика *дзасики-ро*.

С 1930-х до конца 1940-х гг. система оказания психиатрической помощи вышла из поля внимания государства и развивалась инерционно.

В 1950-е гг. практика *дзасики-ро* была запрещена законодательно, в связи с чем остро встал вопрос о создании разветвленной сети психиатрических больниц. Недостаточность государственного финансирования вновь отрицательно сказалась на формировании системы психиатрической помощи. Префектурам было предложено самостоятельно решать вопрос с созданием психиатрических лечебниц без значительного центрального финансирования, что привело к развитию частной сети клиник, заинтересованных в длительном содержании пациентов для получения финансирования.

Экономический рост 1960-х — 1970-х гг. позволил государству расширить финансирование медицины в целом и психиатрии в частности, тем более что потребность в рабочей силе требовала высвобождения тех, кто был занят уходом за родственниками. Кроме расширения финансирования также была проведена его оптимизация. Так, были снижены требования к работникам, обеспечивавшим содержание больных с психиатрическими диагнозами. Значительное количество клиник было расположено в слабо урбанизированных районах, что позволяло обеспечивать занятость и сократить затраты на фонд зарплаты для младшего персонала.

Заложенные на предыдущих этапах противоречия как концептуального, так и институционального характера создали условия для длительного пребывания пациентов в больничных стенах и для злоупотреблений в отношении них со стороны персонала. Скандалы, связанные с ненадлежащим содержанием больных, всколыхнули страну в 1980-е гг. и стали предметом внимания не только внутри страны, но и за ее пределами. Тем не менее система психиатрической помощи была выстроена таким образом, что после снятия острого состояния, в связи с которым пациент поступил, последний мог оставаться в стенах медицинского учреждения весьма продолжительное время, утрачивая навык самостоятельной жизни и включенность в социум по месту проживания. Долгое время государственные инициативы были направлены на экономию бюджетных средств, а не на борьбу с изоляцией от общества больных с психиатрическими расстройствами.

На протяжении почти всего XX в. на законодательном уровне воспроизводился дискурс исключения людей с психиатрическими расстройствами из общества, но и здесь можно наблюдать позитивную динамику. Если закон «О психической гигиене» 1950 г. по отношению к людям с психиатрическим расстройством наследует сложившемуся дискурсу, согласно которому данные лица нуждаются в изоляции от общества и склонны к нарушению закона, то уже закон 1987 г. имеет название «О психическом здоровье», что свидетельствует о некотором позитивном сдвиге в отношении восприятия лиц с психическими расстройствами. Последующая редакция этого закона 1995 г. под названием «О психическом здоровье и благополучии лиц с психическими расстройствами» еще больше

подчеркивает смещение акцента с идеи изоляции на решение проблем существования таких людей в обществе.

Начало XXI в. было отмечено поиском новых подходов и к работе с пациентами с психиатрическими расстройствами, и к методам лечения. Для решения проблемы длительного пребывания пациентов в психиатрических учреждениях японские власти работают в двух направлениях. Первое — это реформирование самой системы, которая формировалась под влиянием совершенно иных предпосылок. Но не менее, а скорее более важным, является второе направление — работа с общественным мнением, с тем чтобы информация о психиатрических расстройствах была более доступной как для людей, которые их имеют, так и для остальной части общества. Кроме того, необходимо сформировать механизмы возвращения психиатрических пациентов в общество, а в обществе должен быть сформирован консенсус в отношении приема таких людей. В настоящее время данное направление реализуется путем создания интернет-площадок для информирования, работы с общественными организациями, с муниципалитетами и стимулирования последних к разработке программ для работы с местным населением.

Несомненный положительный тренд, заложенный в реформе системы оказания психиатрической помощи в начале XXI в. — это перенос проблемы людей с психиатрическими расстройствами из поля только медицины или обеспечения безопасности в социальное измерение.

Отрицательные тренды японского общества (старение населения, деурбанизация и депопуляция ряда регионов) уже сейчас становятся вызовами для системы психиатрической помощи, а в будущем их влияние только усилится.

References

2040-Nen ni muketa fukushi sābisu to no kyōtsū kadai-tō ni kakaru genjō to kadai ronten ni suite [Current Status, Issues, and Points of Discussion Regarding Common Issues With Welfare Services Toward 2040]. (2025). Retrieved October 1, 2025, from <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001486024.pdf>. (In Japanese).

Inaba, T. (2023). Gyakutai, innai shibō seishin iryō no yami gyōsei no kan'yo kyōka ga kyūmu [Abuse, In-Hospital Deaths: The Dark Side of Psychiatric Care: Increased Government Involvement Is Urgently Needed]. *Mainichi Shinbun*, October 24. Retrieved October 1, 2025, from https://mainichi.jp/articles/20231024/dde/018/040/0110_00c. (In Japanese).

Inoue, R. (2024). Nihon no seishin iryō no jittai to sono kadai ni kansuru bunken-teki kōsatsu: Itaria oyobi Igirisu no seishin iryō to no hikaku o tōshite [A Literature Review of the Current State of Psychiatric Care in Japan and Its Challenges: A Comparison With Psychiatric Care in Italy and the UK]. *Kyoto Women's University Graduate School of Developmental Education, Doctoral Program Research Bulletin "Developmental Education Research"*. Retrieved October 1, 2025, from http://repo.kyoto-wu.ac.jp/dspace/bitstream/11173/3842/1/0090_018_001.pdf. (In Japanese).

Iryō shisetsu (seitai dōtai) chōsa byōin hōkoku no gaikyō. (2023). [Overview of Medical Facility (Static and Dynamic) Surveys and Hospital Reports]. Retrieved October 1, 2025, from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/23/dl/11gaikyoo05.pdf>. (In Japanese).

Kanata, T. (2016). Japanese Mental Health Care in Historical Context: Why Did Japan Become a Country With so Many Psychiatric Care Beds? *Social Work/Maatskaplike Werk*, 52 (4). Retrieved October 1, 2025, from <https://doi.org/10.15270/52-4-526>.

Kanja chōsa no gaikyō. (2023). [Overview of Patient Surveys]. Retrieved October 1, 2025, from <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/23/dl/kanja.pdf>. (In Japanese).

Kirihara, Naoyuki. (2021). Seishin shōgai-sha no shakai undō ni yoru 1987-nen no seishin eisei-hō kaisei e no shuchō. [Arguments for the 1987 Revision of the Mental Health Act by the Social Movement of People with Mental Disabilities]. *Welfare Sociology Research*, 18, 105—128. Retrieved October 1, 2025, from https://www.jstage.jst.go.jp/article/jws/18/0/18_105/_pdf/-char/ja/. (In Japanese).

Kōrei-sha no jisatsu no tokuchō. Kokuritsu seishin shinkei sentā seishin hoken kenkyūjo teikyō shiryō [Characteristics of Suicide Among the Elderly. Data Provided by the National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry]. (2006). Retrieved October 1, 2025, from https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/s-5_3.pdf. (In Japanese).

Seishin byōshō-sū, byōshō riyō-ritsu oyobi heikin zaiin nissū. (2002). [Number of Psychiatric Beds, Bed Occupancy Rate, and Average Length of Stay]. Retrieved October 1, 2025, from <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/12/s1219-7j.html>. (In Japanese).

Seishin hoken fukushi shisaku no kaikaku bijon [Reform Vision for Mental Health and Welfare Policies]. Retrieved October 1, 2025, from <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/syakai/z-fukushi/gyousei/gyousei04.html>. (In Japanese).

Seishin hoken oyobi seishin shōgaishafukushi ni kansuru hōritsu [Mental Health and Welfare for the Mentally Disabled Act]. Retrieved October 1, 2025, from https://laws.e-gov.go.jp/law/325AC0100000123#Mp-Ch_7. (In Japanese).

Seishin igaku kenkyū renraku-kai hōkoku. Kokoro no bariāfurī o mezashite — seishin shikkan seishin shōgai no tadashii chishiki no fukyū no tame ni [Report From the Psychiatric Research Liaison Committee. Aiming for a Barrier-Free Mind — To Disseminate Correct Knowledge About Mental Illnesses and Disorders]. (2005, August 29) Retrieved October 1, 2025 from <https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1032-6.pdf>. (In Japanese).

Shinohara, F. (2024). 1950-Nendai no seikatsu hogo gyōsei to seishin shōgai-sha shogū — kinkyū kyūgo shisetsu no sōsetsu to Kōseishō shakai-kyoku no dōkō ni chakumoku shite. [Public Assistance Administration and Treatment of the Mentally Disabled in the 1950s: Focusing on the Establishment of Emergency Relief Facilities and the Trends of the Ministry of Health and Welfare's Social Affairs Bureau]. *Social Policy*, 16 (1), 264—275. Retrieved October 1, 2025, from https://www.jstage.jst.go.jp/article/spls/16/1/16_264/_pdf/-char/ja. (In Japanese).

Suicide prevention in Japan: A public health priority. (2024, September 9). Retrieved October 1, 2025, from <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/suicide-prevention-in-japan--a-public-health-priority>

System of Social and Demographic Statistics, 2019 / Statistical Observations of Prefectures 2025 / Social Indicators by Prefecture. Retrieved October 1, 2025, from https://www.e-stat.go.jp/en/stat-search/files?page=1&query=D%EF%BC%8E%E8%A1%8C%E6%94%BF%E5%9F%BA%E7%9B%A4&layout=dataset&stat_infid=000032169055

System of Social and Demographic Statistics, 2021 / Statistical Observations of Prefectures 2025 / Social Indicators by Prefecture. Retrieved October 1, 2025, from https://www.e-stat.go.jp/en/stat-search/files?page=1&query=D%EF%BC%8E%E8%A1%8C%E6%94%BF%E5%9F%BA%E7%9B%A4&layout=dataset&stat_infid=000040248625

Uchino, T., Fukui, E., Takubo, Y., Iwai, M., Katagiri, N., Tsujino, N., ... & Nemoto, T. (2023). Perceptions and Attitudes of Users and Non-Users of Mental Health Services Concerning Mental Illness and Services in Japan. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1138866.

Utsunomiya, M. (2011). Taishō 8-nen seishin byōin-hō no rippō teian to sono giron. [Legislative Proposal for the Mental Hospital Act in 1919 and Its Debate]. *Kinjo Gakuin University Journal. Social Sciences*, 8 (1), 1—19. (In Japanese).

Yuhara, Etsuko. (2016). Kaigo satsujin jiken kara midaseru kaigo-sha shien no hitsuyō-sei. [The Need for Caregiver Support as Seen in the Case of Caregiver Murder]. *Nihon Fukushi University Social Welfare Review*, 134, 9—30. Retrieved October 1, 2025, from <https://nfu.repo.nii.ac.jp/record/2688/files/fukushi134-03yuhara.pdf>. (In Japanese).

Поступила в редакцию: 10.10.2025
Принята к публикации: 26.01.2026

Received: 10 October 2025
Accepted: 26 January 2026