

医療保護入院の問題点：

医療保護入院をなくせばいいというものではない

——入院形態を問わない終日閉鎖病棟への長期収容の拡大に何ができるか？——

吉岡 隆一✉

1987年から開始された精神保健法制改革は、2000年以降、任意入院優先・開放処遇原則の空洞化と認知症在院者の増加を通じて、終日閉鎖病棟中心の入院システムの強化をもたらし、高齢統合失調症患者や認知症患者での長期在院、隔離拘束の蔓延、医療保護入院者の増加が顕著となった。改革のためには、認知症患者の長期在院や隔離拘束を課題とする保健医療計画、入院医療を縮減し、その資源を地域ケアにシフトできるインセンティブを有する医療政策、終日閉鎖病棟での長期在院を入院形態にかかわらず規制すること、精神科治療の必要性以外の理由や漠然とした「保護」を認容しない法的改革が必要である。医療保護入院の廃止はこれらの改革に結び付いてはじめて意義をもつ。

索引用語

閉鎖病棟，長期在院，隔離拘束，精神医療政策，医療保護入院

はじめに

1987年、『精神保健法』は宇都宮病院事件（1984年）を受けて成立した。当時、精神病床在院者は340,000人、そのうち認知症を主とする器質性精神障害の患者は38,000人であった。今日、医療保護入院は任意入院を上回っている。精神科医療の展開を直視し、改革の課題と対象をはっきりさせて、方策を考える必要がある。

Ⅰ．現実を直視する——630調査⁶⁾から——

1. 終日閉鎖病床の増大と強化

図1に1998～2023年までの開放区分別病床数と全病床中の終日閉鎖病床割合の推移を示した。全病床数は2001年以後漸減している。終日閉鎖病床数は2000年に148,603床まで減少したが2004年に188,825床に急増し、2023年時点で226,841床である。夜間外開放病床は2003年に124,338床まで増加し、以後漸減し、2023年で59,427床である。終日閉鎖にも夜間外開放にも属さない病床は2001年の79,957床をピークとして2004年に急減し2023

著者所属：京都府立洛南病院

編 注：本特集は第120回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに太田順一郎（岡山市こころの健康センター）を代表として企画された。

✉ E mail：2025ryoshioka@gmail.com

受 付 日：2024年11月1日

受 理 日：2025年2月7日

doi：10.57369/pnj.25-067

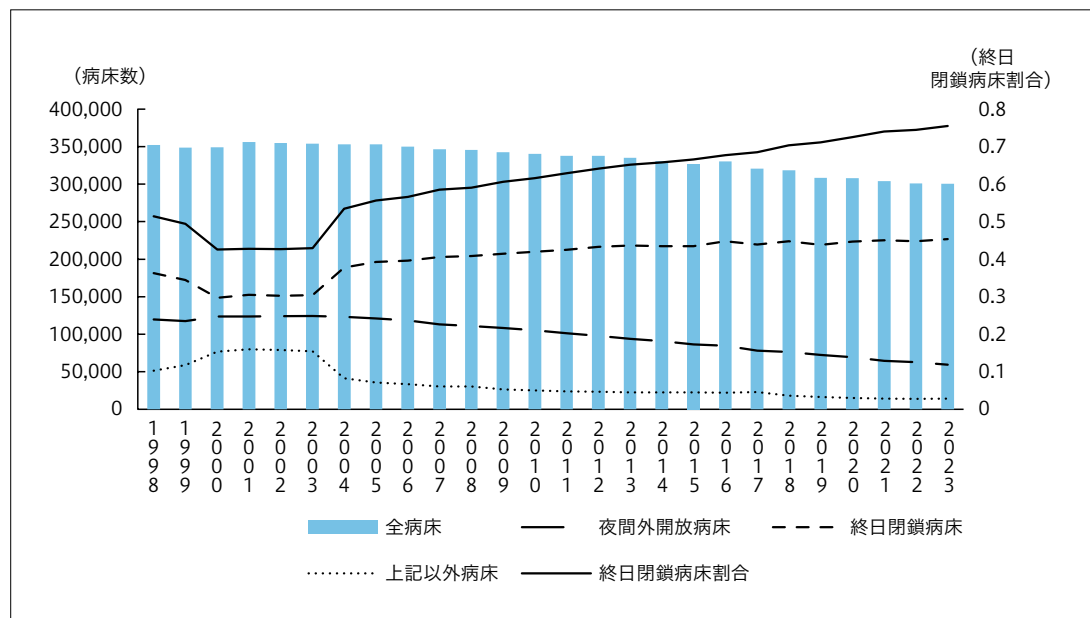


図1 開放区分別病床数の推移

表1 主な入院料届出と開放区分（病床数）

	総精神病 床数	救急急性期	急性期治療	精神療養	認知症治療	児童・思 春期	地域移行機 能強化	15 対 1
総病床数 (a)	300,402	12,128	18,285	88,228	38,192	1,763	1,418	116,396
夜間外開放	59,427	464	2,735	27,722	2,032	344	472	20,623
終日閉鎖 (b)	226,841	11,336	14,320	56,733	35,484	1,394	887	89,541
上記以外	14,134	328	1,230	3,773	676	25	59	6,232
終日閉鎖率% (b/a)	75.5	93.5	78.3	64.3	92.9	79.1	62.6	76.9
全病床に対する比 (%)	100	4.0	6.1	29.4	12.7	0.6	0.5	38.7

年は14,134床である。全病床中に占める終日閉鎖病床の比率は2000年の43%を底として、2004年53%に急上昇し、2023年には76%に至った。

表1に主な入院料届出別の開放区分による病床数（2023年）を示した。15対1病床（全病床の38.7%）の76.9%が終日閉鎖病床である。比較的病状の安定した患者が多いと思われる精神療養病棟（同29.4%）の64.3%が終日閉鎖病棟である。地域移行機能強化病棟は、全病床の0.5%に満たないが、62.6%が終日閉鎖病棟である。認知症治療病棟は、終日閉鎖病床率は92.9%を占め、精神科救急急性期病棟に肩を並べる。

終日閉鎖病床数もそれが全精神病床に占める割合が増大し、入院医療システムは終日閉鎖病棟中心に純化強化された。

厚生労働省は、2000年、厚生労働省告示130号改正に際して、日本精神科病院協会との協議⁴⁾で、病院の日課や精神療法、作業療法などで外出を制限することは開放処遇の制限にあたらないという認識を示し、任意入院の継続同意書自署の手続きを導入⁵⁾し、任意入院者の終日閉鎖病棟での長期入院をオーソライズした。同年に終日閉鎖病床減少は底をうった。

2. 任意入院優先・開放処遇原則の空洞化

図2に任意入院在院者数と医療保護入院在院者数の推移（全数、F0、F2）を、図3に任意入院と医療保護入院の比の推移（全数、F0、F2）を示した。医療保護入院在院者総数は2021年に任意入院を上回った。

F0の任意入院と医療保護入院の合計は1998年、45,755

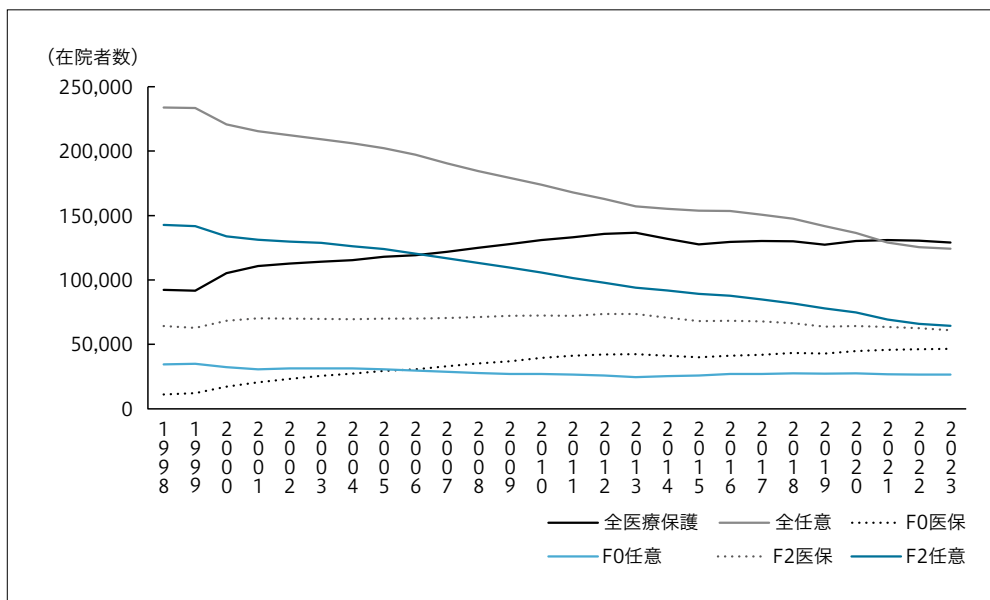


図2 任意入院在院者数と医療保護入院在院者数の推移

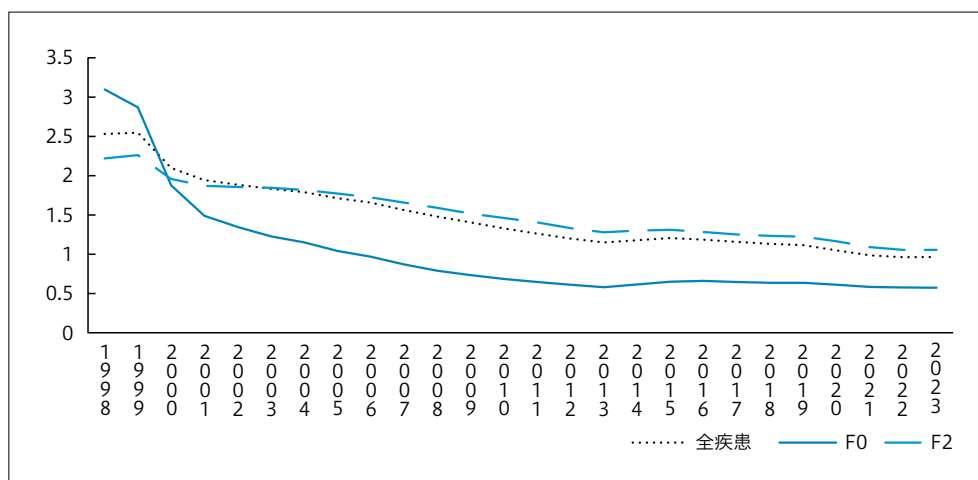


図3 任意入院と医療保護入院の比の推移（全疾患，F0，F2）

人から2023年には73,278人まで増加し、任意入院と医療保護入院の比は1998年の3.1から2000年に急減し、2023年に0.57まで低下した。F2の任意入院と医療保護入院の合計は1998年207,373人から2023年に125,346人まで減少し、任意入院と医療保護入院の比は2000年に急減、2023年に1.04まで低下した。任意入院と医療保護入院の比はF0が最小で、在院者増加の著しいF8がそれに次ぐ。

2023年時点で任意入院総数は124,282人で開放病床は59,427床であり、その差の64,855人以上の任意入院者は開放病床での処遇ではない。その他病床は14,134床であるから、少なくとも50,721人以上は終日閉鎖病床で入院している。

2016年630調査では、終日閉鎖病棟に収容された任意入院者のうち21,000人あまりは「患者の意思」によるとされたが、地域資源がなく退院できない長期在院者の場合、患者の本来の意思とみなすことは適切とはいえない。

このように、任意入院優先・開放処遇原則は、空洞化している。

3. 疾患別にみた長期在院者の問題（表2）

1) F0の長期在院

F0の在院者総数は、2017年の69,265人から増加し、2023年に73,427人（+6.0%）、75歳以上で1年以上在院者は2017年度の26,493人から現在（2023年）の29,450

表 2 F0, F2 高齢長期在院者の推移

年度	F0		F2		
	在院者総数	75 歳以上 1 年以上 在院者数	在院者総数	65～74 歳 5 年以上 在院者	75 歳以上 5 年以上 在院者
2017	69,265	26,493	154,595	25,151	13,940
2018	70,932	26,963	149,972	24,639	13,917
2019	70,255	27,007	143,583	23,359	13,838
2020	72,511	28,507	140,751	22,976	13,884
2021	72,714	28,957	134,626	22,093	13,519
2022	72,929	29,078	130,257	20,714	13,668
2023	73,427	29,450	127,225	19,255	13,951

表 3 2017～2023 年隔離拘束対照表

年度	F0			F2			F8		
	在院総数	隔離	拘束	在院総数	隔離	拘束	在院総数	隔離	拘束
2017	69,265	1,645	4,905	154,595	8,290	5,451	1,786	314	83
2023	73,427	1,979	4,639	127,225	7,481	4,128	2,486	446	133

人（+11.1%）である。

認知症患者が精神病床で入院を要するのは、周辺症状などによる一時的現象と本来考えられるが、実際は長期在院が増えている。しかし、F0 の新規入院者の 1 年後の残留率（2016 年）は任意入院（22%）が医療保護入院（19%）より高く、入院時の病態と入院継続の理由は必ずしも関連せず、介護資源の不足や身体科治療の継続必要性など精神医学的治療以外の理由が長期入院に寄与していることが示唆される。

2) F2 の長期在院

5 年以上の精神病床在院者の退院転帰（全疾患総計）は死亡や身体科病床への転院が 7 割以上を占め、地域への退院は少ない。F2 の前期高齢者で 5 年以上在院者は減少してきているがその速度は緩徐である。一方、この 7 年間で 75 歳以上の 5 年以上在院者は 13,900 人程度を維持している。今後も F2 高齢長期在院者の相当数が入院を継続し、終日閉鎖病床を使用することになる。このうちには任意入院者が多く含まれる。

4. 隔離拘束の蔓延（表 3）

2017 年と 2023 年を比較すると、F2 の隔離指示、拘束指示もなお大きい⁷⁾が、F0 では隔離指示の増加は在院者数ののび以上で、拘束指示数は 2023 年には F2 を上回る。F8

は在院者増加幅が大きい⁷⁾うえに在院者中の隔離指示の比率は F0 や F2 より高い。

5. 小括

精神保健法制改革による変革は、任意入院優先原則・開放処遇原則の空洞化と認知症在院者の増加を通じて、2000 年代初頭にモメンタムを失い、以降、終日閉鎖病棟中心のシステムが純化強化された。医療保護入院が任意入院を上回り、F0、F2 の多数の長期在院者が今後も存続する。隔離拘束は F0 や F8 にも蔓延した。統合失調症における任意入院の「個別開放処遇」と、認知症における医療保護入院の「保護」が、老年期～人生の最終盤期における終日閉鎖病棟での長期入院をオーソライズしている主要な法的構造である。

II. 方策を考える

1. 都道府県保健医療計画・オレンジプランの現状と課題

1) 全国・関西と京都府の精神科医療の現状

2017～2023 年の 630 調査と、総務省統計局による各年 10 月 1 日現在人口⁷⁾によって、全国および関西 7 府県の、F0 の精神病床在院者、1 年以上 5 年未満在院者数と在院者総数に占める割合、隔離指示数、拘束指示数、F2 の在院

表4 F0, F2 府県別/2023 年 (人口 10 万対)・2017 年との比較

	全国	京都	滋賀	大阪	兵庫	奈良	三重	和歌山
F0 在院者 (対 2017 年比率)	59.05 1.08	71.60 0.99	34.26 0.84	48.52 1.08	46.59 1.07	46.60 1.07	51.48 1.11	15.58 1.19
F0；1 年以上 5 年未満在院者 (対 2017 年比率) (在院者総数中の割合%)	22.64 1.12 38	28.72 0.96 40	12.08 0.71 35	17.37 1.11 36	18.16 1.3 39	14.66 1.12 31	17.83 0.98 35	4.71 1.49 30
F0；隔離指示数 (対 2017 年比)	1.59 1.23	1.85 2.01	1.0 2.81	1.68 1.32	0.84 1.13	1.62 1.37	1.51 1.94	2.24 1.64
F0；拘束指示数 (対 2017 年比)	3.51 0.91	1.81 1.52	0.64 3.01	2.56 0.90	1.99 0.72	1.16 0.56	0.98 1.18	0.45 2.13
F2；在院者 (対 2017 年比)	102.31 0.84	65.60 0.77	63.89 0.97	79.08 0.81	82.57 0.81	88.27 0.89	127.85 0.93	117.60 0.89
F2；5 年以上在院者 (対 2017 年比) (在院者総数中の割合%)	45.88 0.82 45	27.06 0.75 41	24.24 0.74 38	33.53 0.81 42	35.68 0.82 43	36.34 0.87 41	59.81 0.87 47	58.74 0.90 50
F2；隔離指示 (対 2017 年比)	6.02 0.92	5.36 1.07	4.41 0.96	5.14 0.97	4.17 1.06	6.48 1.39	6.72 1.19	9.30 1.12
F2；拘束指示 (対 2017 年比)	3.32 0.77	2.09 1.01	1.49 1.24	2.61 0.69	1.58 0.44	1.47 0.79	0.93 0.48	0.90 0.85

者、5 年以上在院者とその割合、隔離指示数、拘束指示数（いずれも人口 10 万対）を算出し、うち 2017 年と 2023 年とを比較したデータを表 4 に示した。

(1) 2023 年の F0 データの地域比較

在院者数では、京都府の 71.6 人は全国 59.05 人を上回り、関西 7 府県で最大、その他の府県は全国よりも低く和歌山が 15.58 人で最小である。

1 年以上 5 年未満の長期在院者は、10 万対あたりで全国 22.64 人、関西では京都の 28.72 人が最大で、他府県は全国より少なく和歌山の 4.71 人が最小である。在院者に占める同期間在院者の割合は全国 38%、関西では京都 40% が最大で、最小は和歌山の 30% である。

2023 年の隔離指示は全国で 1.59、関西 7 府県では、最大が和歌山の 2.24、最小は兵庫の 0.84 であった。全国の拘束指示は、3.51、関西 7 府県では、最大が大阪の 2.56、最小が和歌山の 0.45 であった。大阪、兵庫以外の各府県は、拘束が隔離より少なかった。

(2) F0 のデータの経時比較

全国では 2023 年と 2017 年の比較で、在院者は 8% 増加、1 年以上 5 年未満在院者は 12% 増加、隔離指示は 23% の増加、拘束指示は 9% 減少している（ただし拘束指示は 2019～2022 年の間は前年に比して増加していた）。

関西では 2023 年と 2017 年の比較で、在院者は滋賀で

16% の減少、和歌山で 19% の増加である。1 年以上 5 年未満長期在院者は滋賀で 29% の減少、和歌山で 49% の増加である。隔離指示は、2023 年と 2017 年の比較で、全国と関西全府県で増大しており、増加幅最小は兵庫県で 13% である。拘束指示は、京都、滋賀、三重、和歌山で増大している。

(3) 2023 年の F2 データの地域比較

F2 在院者（人口 10 万対）は、三重（127.85）、和歌山（117.6）が全国（102.31）を上回った。滋賀（63.89）が最小である。

5 年以上の長期在院者は、全国で 45.88 人に対して、三重（59.81）、和歌山（58.74）が上回り、滋賀（24.24）が最小である。同在院期間者が在院者総数に占める割合は、全国 45% であるが、関西 7 府県では、和歌山に次いで三重が全国を上回り、最小は滋賀の 38% である。

隔離指示は全国で 6.02、関西 7 府県では、最大が和歌山の 9.3 で三重と奈良は全国より高く、最小は兵庫の 4.17 であった。拘束指示は全国で 3.32、関西 7 府県では、最大大阪 2.61、最小和歌山 0.9 であった。

(4) F2 データの経時比較

全国では 2023 年と 2017 年の比較で、在院者は 16% 減少、5 年以上在院者は 18% 減少している。隔離指示は 8% 減少、拘束指示は 23% 減少している。もっとも隔離指示も

拘束指示も 2019～2022 年の間は、増減を繰り返していて減少トレンドとはいえない。

関西では 2023 年と 2017 年の比較で、在院者は、京都で最大 23%，滋賀で最小 3%の減少である。1 年以上 5 年未満長期在院者は、滋賀で最大 25%，京都 24%，和歌山で 9.9%の減少である。

隔離指示は、2023 年と 2017 年の比較で、最大奈良（39%）をはじめ 5 府県で増加し、大阪滋賀では減少した。拘束指示は、2023 年と 2017 年の比較で、最大兵庫で 56%減少し、滋賀で 24%増加した。

2) 第 8 次京都府保健医療計画³⁾・第 3 次京都式オレンジプラン²⁾策定時の議論

京都府の特徴として 2023 年時点で人口あたり、(i) F0 の在院者は全国より多く関西では最大で F2 を上回る、(ii) F0 の 1 年以上 5 年未満在院者は全国より多く関西で最大、(iii) F0 の隔離指示は全国より多く関西で上位、(iv) F0 の拘束指示は全国よりも少ないが関西で上位、(v) F2 の在院者は全国よりかなり少なく関西でも少ない、(vi) F2 の 5 年以上の長期在院者は全国よりかなり少なく関西でも少ない、(vii) F2 の隔離指示は全国よりは少ない、(viii) F2 の拘束指示は全国よりは少なく関西で上位、(ix) F0 の在院者数、長期在院者数の経時変化は一定せず、(x) F2 の在院者・長期在院者ともに減少傾向だが近年は勾配が緩徐化、などが挙げられる。

著者は京都府の第 8 次保健医療計画と第 3 次オレンジプランの策定に際して、精神疾患を認知症とそれ以外の疾患に区分けして、隔離拘束と精神病床での長期在院について、現状と課題を明確にするように提言した。第 8 次保健医療計画では「権利擁護」が立項されて、認知症とそれ以外でそれぞれ隔離拘束の指示数の目標値が示された。また、長期在院についても認知症以外では減少傾向なのに認知症では増加傾向にあることが記述された。

一方、オレンジプラン策定の議論では、第 2 次計画が「BPSD 対応等を目的とした短期集中的な専門病床への入院とできるだけ早期に退院ができる仕組みづくり」を掲げたが、実際は精神病床での F0 長期在院者が多くなっている現状につき、精神病床からの退院者の施設での引き受けや周辺症状のある者の受け入れについて、施設と病院の認識が食い違い、文言は変更されずはっきりした対策はないままとなった。

著者が 2023 年時点で知る限り、関西他府県の保健医療計画では、長期在院や隔離拘束について、認知症とそれ以外

の疾患を区別した言及はされていない。

2. 国レベルでの医療政策の現状と課題

1) これまでの医療政策はなぜ現状を変革できないか

2004 年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（精神保健福祉対策本部）が「入院医療中心から地域生活中心へ」を打ち出したにもかかわらず、多数の長期在院が継続している。その理由を、著者の体験をふまえて、各医療政策のメニューに即して検討考察してみる。

(1) 精神科訪問看護

一病棟の入院医療モデルと、それと同数の従事者による訪問看護モデルを比較してみよう。在院者 50 名で、著者の勤務先の 15 対 1 病棟での実績値から入院収益単価 14,000 円/月として、3 交代月平均夜勤 8 回では、看護者数は 16 名必要で、医業収入は 2 億 5,500 万円/年程度を見込む。一方、同数の看護者が、1 人 1 日 8 件という相当多数の訪問看護（5,800 円単価）に年間 250 日従事するとすれば医業収入は 2 億円/年に満たない。つまり病院が病棟を廃止してその資源を訪問看護にシフトするインセンティブが働かない。これでは入院医療システム自体を地域ケアシステムに変換できにくく、訪問看護は入院システムの補完物や付属物として機能するにとどまりやすくなる。

(2) 地域移行支援・地域定着事業

地域移行支援・地域定着事業の利用者が退院すると入院収益が減少するので、病院側が利用者のリクルートを進めるインセンティブが乏しい。地域の支援者にとっても、地域生活を送っている者へのサービス提供より労力費用を要するので、取り組みにくい。

(3) 老人福祉施設と精神病床の利用者負担格差

厚生労働省は特別養護老人ホームの自己負担を月 10 万～14 万円目安¹⁾としており、その他老人福祉施設は通例より高額になる一方、高額療養費制度を利用すると精神病床入院の費用は比較的安価で、精神病床が介護施設の代替として利用されうる。

(4) 「地域移行機能強化病棟」や「精神科地域包括ケア病棟」（2024 年診療報酬改定）

政策立案者は、診療報酬に盛り込まれたこうした高機能の病棟は退院者を増やせば入院医療のトリクルダウンとして地域ケアが生まれると考えているのかもしれないが、病院経営者からみると退院者増は入院収益の減少でもある。

(5) 地域医療構想・身体科医療と切り離された精神科病床 2024 年診療報酬改定では身体科病床では「緊急やむを

得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない」(入院料通則改定)とされたので、地域医療構想病床数規制外の精神科病床へ拘束事例の転院が増大する可能性がある。

2) 長期在院を解消するために医療政策が備えるべきポリシー

医療政策の立案にあたっては、第1に入院医療経営主体に対して、病床を縮減しその資源を地域ケアにシフトし、入院治療を地域ケアに転換することを一体として進めるメニューとそれへのインセンティブを用意し、第2に認知症に対しては、精神科病床入院は老人福祉施設入所介護より高い自己負担を設定し入院期間短縮を促すことが必要である。

3. 精神保健法制改革の現状と課題

精神障害者の人身の自由の制限に対して人権確保が必要となるゆえに、精神保健法制が必要となる。隔離拘束や終日閉鎖病棟の使用は人身の自由の制限に他ならない。入院同意は自由の制限の「同意」ではないからこそ、終日閉鎖病棟が多数である実態に鑑みて、精神保健法は任意入院優先・開放処遇原則を明確化したのだったが、「個別開放処遇」による原則の空洞化と認知症在院者の増加によって、入院システムは終日閉鎖病床中心に純化強化された。

2022年改正で医療保護入院の更新制が導入されたが、その結果、医療保護入院が任意入院に切り替えられたとしても、終日閉鎖病棟での長期在院が継続するのならば、自由の制限の実質は変化しない。

したがって、非自発的入院を減少させるだけでは不十分で、自由の制限としての終日閉鎖病棟での長期在院そのものを統制する法的な手段が、現実的な医療政策と同時に必要である。地域居住資源の不足や単なる介護の必要や判断能力の低下それ自体は、精神科病床での入院理由に足らず、ましてや終日閉鎖病棟の長期使用を正当化するものではなく、医療保護入院の「保護」の要件にあたるとはいえないことを明確にして、入院形態がなんであれ終日閉鎖病棟入院処遇につき、その理由と妥当性を精神医療審査会などで審査し、規制するべきである。

本来的には、終日閉鎖病棟使用による「保護」は、身体

科治療での行動の制限と同じく医学的治療に必要な限度とされるべきであり、治療と別の漠然とした「保護」を入院要件とすることが廃止されねばならず、将来的には、医療保護入院は、治療上の必要にもとづく非自発的入院として措置入院と一本化され、廃止されるべきである。

おわりに

1987年以降の精神保健法制改革以降の歴史をふまえるとき、社会からの隔離・収容政策をF2患者からF2の高齢者、F0、F8の患者に拡大する轍をふまないことが切に求められている。純化強化された終日閉鎖病棟中心の入院システムを縮減し、その資源をシフトし地域ケアシステムに変換できる医療政策と保健医療計画の土台、終日閉鎖病床長期在院という自由の制限それ自体を規制し、漠然たる「保護」を精神科病床入院の理由から除く法的改革、この両者に結び付いてこそ、医療保護入院の廃止は意義をもつであろう。最後に、本稿執筆にあたって本学会の倫理規定に則った。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) 厚生労働省：サービスにかかる利用料 (<http://www.kaigoken.saku.mhlw.go.jp/commentary/fee.html>) (参照 2025-1-23)
- 2) 京都府：第3次京都市オレンジプラン. 2024 (<https://www.kyoto-houkatucare.org/ninchisho/orangeplan/>) (参照 2024-9-30)
- 3) 京都府：第8次保健医療計画. 2024 (<https://www.pref.kyoto.jp/hofukuki/news/keikaku6to11.html>) (参照 2024-9-30)
- 4) 日本精神科病院協会監, 高柳 功, 櫻木章司ほか編著：四訂 精神保健福祉法の最新知識—歴史と臨床実務—. 中央法規出版, 東京, p.63-64, 2024
- 5) 精神保健福祉研究会：五訂 精神保健福祉法詳解. 中央法規出版, 東京, p.237, 2024
- 6) 精神保健福祉資料630調査. 2024 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>) (参照 2024-9-30)
- 7) 総務省統計局：各年10月1日現在人口. 2024 (<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.html#annual>) (参照 2024-9-30)

We Have to Do More Before Abolishing Hospitalization for Medical Care and Protection :

Addressing Long-Term Hospitalization in Locked Wards in Japan through Voluntary and Involuntary Admission

Ryuuichi YOSHIOKA

Kyoto Prefectural Rakunan Hospital

Psychiatric legislation reform in Japan started in 1987 after the Utsunomiya Hospital case. However, the number of locked ward beds has been increasing since 2004. This has led to many dementia and schizophrenia inpatients remaining hospitalized for over a year under various legal statuses. In such wards, seclusion and restraint are common. Currently, the number of patients admitted under the Hospitalization for Medical Care and Protection program surpasses the number of voluntary cases. To address this issue, local government planning and state policy reform are essential to redirect resources from an admission-focused system to a community care system. Moreover, regulatory measures are necessary to limit prolonged stays in locked wards, regardless of a patient's legal admission status. It is important to eliminate the ambiguous "protection" requirement that is used to justify psychiatric admissions and abolish the system of Hospitalization for Medical Care and Protection.

Author's abstract

Keywords locked ward, long stay, seclusion and restraint, mental health policy, Hospitalization for Medical Care and Protection