

表9 H20.9.30の指定入院対象者447名の帰住先都道府県、帰住先所轄厚生局と指定入院病床数、及び、指定入院病床充足率

帰住先都道府県	指定入院者数	指定病床数	充足率	帰住先所轄厚生局	指定入院者数	指定病床数	充足率				
北海道	24	0	0.00	北海道	24	0	0.00				
青森県	7	0	0.00	東北	35	33	0.94				
岩手県	7	33	4.71								
宮城県	8	0	0.00								
秋田県	4	0	0.00								
山形県	3	0	0.00								
福島県	6	0	0.00								
茨城県	12	0	0.00								
栃木県	6	0	0.00	関東信越	168	149	0.89				
群馬県	7	0	0.00								
埼玉県	29	0	0.00								
千葉県	26	33	1.27								
東京都	43	33	0.77								
神奈川県	29	33	1.14								
新潟県	7	33	4.71								
山梨県	1	0	0.00								
長野県	8	17	2.13								
富山県	3	33	11.00								
石川県	1	0	0.00								
岐阜県	5	0	0.00	東海北陸	51	83	1.63				
静岡県	13	0	0.00								
愛知県	22	33	1.50								
三重県	6	17	2.83								
福井県	8	0	0.00								
滋賀県	3	0	0.00								
京都府	6	0	0.00								
大阪府	23	5	0.22	近畿	62	5	0.08				
兵庫県	17	0	0.00								
奈良県	2	0	0.00								
和歌山県	3	0	0.00								
鳥取県	1	0	0.00								
島根県	1	0	0.00								
岡山県	4	33	8.25					中国四国	36	66	1.83
広島県	10	33	3.30								
山口県	6	0	0.00								
徳島県	3	0	0.00								
香川県	3	0	0.00								
愛媛県	5	0	0.00								
高知県	3	0	0.00								
福岡県	17	0	0.00	九州	60	84	1.40				
佐賀県	2	33	16.50								
長崎県	8	17	2.13								
熊本県	4	17	4.25								
大分県	1	0	0.00								
宮崎県	5	0	0.00								
鹿児島県	10	0	0.00								
沖縄県	13	17	1.31								
未定	11	-						未定	11	-	
合計	447	420						合計	447	420	

指定入院病床充足率とは、指定入院者数に対する指定病床数の比率のことである。

病床数、及び、指定入院病床充足率を一覧表としてまとめた。また、右側には、帰住先所轄の地方厚生局に関して、同様の数値をまとめた。

都道府県別の指定入院病床充足率は、指定入院医療機関がある16の都府県では、東京都・大阪府を除くと、すべてで指定入院病床充足率が1を超えており、佐賀県の16.5が最大であった。指定入院対象者の帰住先としては、20名を超えていたのが、東京都43名(9.6%)、埼玉県・神奈川県29名(それぞれ6.5%)、千葉県26名(5.8%)、北海道24名(5.4%)、大阪府23名(5.1%)、愛知県22名(4.9%)であり、福岡県・兵庫県17名(それぞれ3.8%)が次いでいた。一方、調査当時、指定入院対象者数が10名より少なく一桁であった府県が33あり、この33府県の指定入院対象者の合計数は148名(33.1%)であった。そして、この33府県中に指定入院病床がない府県は25あった。

帰住先所轄地方厚生局で見ると、指定入院病床充足率は、全国7つの厚生局のうち、指定入院病床が充足されていた(充足率1以上となる)のは、充足率の高い順に、中国四国1.83、東海北陸1.63、九州1.40の3厚生局であり、東北0.94、関東甲信越0.89の2厚生局は充足率が1に近く、かなり充足されていた。一方、北海道、近畿の充足率は、それぞれ、0.00、0.08であり、北海道厚生局、及び、近畿厚生局管内の指定入院病床がほかの管轄区域と比較してかなり不足していることが明らかとなった。

なお、本研究で確認された指定入院対象者数447名とは、調査時点の国内の指定入院病床数420床を27名分上回っている。このようなことが生じるのは、指定入院医療機関が(指定入院病床の不足を補おうとして)定床数を超える入院対象者を(独自の工夫等により病床を確保して)受け入れていたり、先の特例による入院待機者のデータも含んでいる(入院待機者も、書類上は指定入院医療機関に入

院していることになる)からである。本研究では、しかし、入院待機者がどのくらい含まれているかについての正確な数は不明である。

2. 帰住先による指定入院対象者属性

指定入院対象者447名を帰住先都道府県データによって「地元入院者」、「管内入院者」、「管外入院者」の3つのグループに分けると、「地元入院者」は125名であり、「地元率」は28.0%であった(図14)。また、「管内入院者」は166名(37.1%)、「管外入院者」は145名(32.4%)であり、「非地元」となる入院者は311名であった(「非地元率」は、したがって、69.6%)。調査時、帰住先都道府県が未定の者は11名(2.5%)であった。

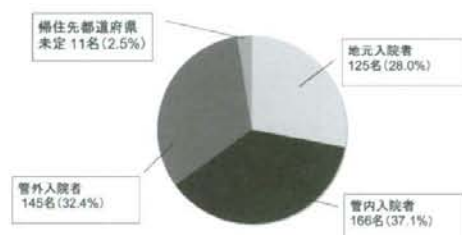


図14 H20.9.30に入院中の指定入院対象者447名の帰住先属性

調査時点で地元入院者の比率が高い順に16の指定入院医療機関を並べると、図15のようになり(図中、棒グラフの下に付けられた番号は、任意の指定入院医療機関番号である)、医療機関によって入院患者の帰住先属性に差が見られた。例えば、医療機関15では、すべてが地元入院者で占められており、地元率が100%と突出していた。医療機関3、10、1、6、では、地元入院者が半数以上おり、管外入院者は少なかった。また、医療機関12、13、11、14、5では、管外入院者が半数以上おり、地元入院者は20%程度であった。医療機関4、8、7は、管内入院者が60%を超過し、地元

入院者・管外入院者は少なかった。

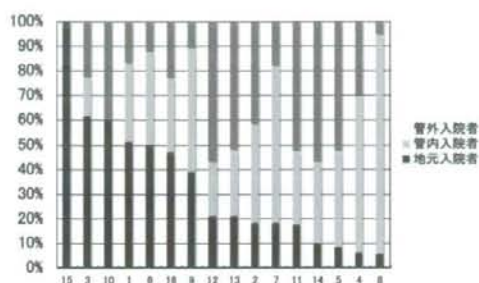


図 15 H20.9.30 の全国 16 カ所の指定入院医療機関別、指定入院対象者の帰住先属性比率

このように帰住先都道府県データにもとづいて入院者属性の比率を算出すると、指定入院医療機関は、いくつかのグループに分類できるようであり、以下にさらに検討を行った。

3. 地元率・管外率による指定入院医療機関の類型

その結果、地元率と管外率の 2 指標を用いると、指定入院医療機関は、「地元特化型」、「地元型」、「管内型」、「管外型」の 4 つのグループに分けることが可能であった (表 10)。

「地元特化型」は、地元率が極めて高く、医

療機関 15 のみがこれに分類された。また、「地元型」は、地元率が比較的高く、管外率が比較的低い医療機関であり、7 つの医療機関がこれに分類された。このうち、医療機関 3、1、6 は、もっとも「地元型」らしい典型的な医療機関と言えよう。一方、医療機関 8 は、地元率は高いものの、地元入院者以外はすべて管外入院者で占められており、管外率は 40% と高かった。これを「管外型」としないのは、管外型ほど管外率が高くなく、地元率が 60% と高いためである。医療機関 16、及び、9 は、地元率が半数に届かず「管内型」にも似ているが、「管内型」の地元率は 20% 以下と低いため、「地元型」の方に区分された。

「管内型」は、地元率も管外率も比較的低く、管内入院者が多い医療機関であり、医療機関 7、4、8 の 3 つの医療機関がこれに分類された。例えば、医療機関 8 では、管内入院者が 88% を占め、地元入院者も管外入院者もごくわずかししか入院していなかった。

「管外型」は、地元率が低く、管外率が高い医療機関であり、6 つの医療機関がこれに分類された。医療機関 2 を除く 5 つの医療機関では、いずれも、管外率が 50% を超えていた。

表 10 地元率・管外率による指定入院医療機関の類型

医療機関番号	指定入院者数	帰住先都道府県の記載あり	地元入院者数	地元率	管外入院者数	管外率	類型	典型的
15	4	4	4	1.00	0	0.00	特化	*
3	34	26	18	0.52	6	0.23	地元	*
10	20	20	12	0.60	8	0.40	地元	*
1	35	35	18	0.51	6	0.17	地元	*
6	33	32	16	0.50	4	0.13	地元	*
16	17	17	8	0.47	4	0.24	地元	*
9	37	36	14	0.39	4	0.11	地元	*
7	34	33	6	0.18	6	0.18	管内	*
4	33	33	2	0.06	10	0.30	管内	*
8	17	17	1	0.06	1	0.06	管内	*
12	33	33	7	0.21	19	0.58	管外	*
13	19	19	4	0.21	10	0.53	管外	*
2	28	28	7	0.18	16	0.42	管外	*
11	17	17	3	0.19	9	0.53	管外	*
14	40	40	4	0.10	23	0.58	管外	*
5	36	36	3	0.08	19	0.53	管外	*
合計	447	436	125	0.29	145	0.33		

医療機関 2 の管外率は 42% とやや低いですが、地元率は、他の「管外型」医療機関と同等程度であり、「管外型」に区分された。

指定入院対象者の帰住先属性比率にもとづいて、指定入院医療機関の 4 類型をまとめたものが表 11 である。

4. 指定入院医療機関最寄り駅から指定入院対象者の帰住先最寄り駅への所要時間

指定入院対象者 262 名の帰住先最寄り駅データから、帰住先最寄り駅への平均所要時間は 2 時間 38 分と算定された。所要時間の度数分布では、図 16 のように、最頻値は「2 時間以内（1 時間は超えるが 2 時間以内には目的地へ到着）」が 63 名（24.4%）であったが、所要時間が 4 時間を超えるものがあわせて 60 名（22.9%）おり、最長は 7 時間 58 分であった。なお、ここで算定された所要時間は、公共交通機関を利用した場合の医療機関最寄り駅から帰住先最寄り駅への所要時間であり、医療機関から最寄り駅、及び、最寄り駅からの現地までの移動時間は含まれていない。つまり、実際の所要時間は、算定された値よりさらに延長することになる。

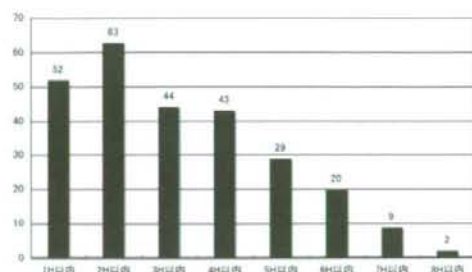


図 16 指定入院対象者 262 名の指定入院医療機関最寄り駅から帰住先最寄り駅への所要時間分布

5. 帰住先による移動負担

指定入院対象者の帰住先の違いによる平均的な移動負担としては、表 12 のような 4 つの負担指標を算定した。それによると、帰住先最寄り駅への所要時間・移動距離・片道交通費・標準外泊費用は、地元、管内、管外へと拡大するほど延長・増大し、負担は大きくなる。地元入院者 87 名の平均値では、帰住先最寄り駅への所要時間は 1 時間 00 分、移動距離も 29.8km と少なく、片道交通費は 735 円しかかからない。しかし、管内になると、99 名の平均値では、2 時間 51 分、165.3km、5,764

表 11 指定入院対象者の帰住先属性比率にもとづく指定入院医療機関の類型

類型	説明	地元入院者	管内入院者	管外入院者
地元特化型	入院者のほとんどすべてが地元入院者	****	-	-
地元型	地元入院者が半数以上おり、他の入院者も多くは管内入院者で、管外入院者は少ない	***	**	+
管内型	管内入院者が半数以上おり、地元入院者・管外入院者は少ない	+	***	+
管外型	管外入院者が半数近くおり、地元入院者・管内入院者は少ない	+	**	***

表 12 帰住先による移動負担

対象者属性	指定入院者数	所要時間	移動距離	片道交通費	標準外泊費用
地元入院者	87	1:00	29.8 km	¥735	¥4,410
管内入院者	99	2:51	165.3 km	¥5,764	¥44,584
管外入院者	76	4:14	694.6 km	¥20,565	¥133,390

標準外泊費用は、職員宅を仮住まいの上、1泊2日の場合の経費総額を算出した。付き添いスタッフの宿泊費は、一泊6000円とし、対象者が地元の場合は、宿泊費用を計上しないこととした。

円となり、管外では、76名の平均値で、4時間14分、694.6km、20,565円へと増大する。

表12にある「標準外泊費用」は、指定入院対象者1名に職員2名が付き添い1泊2日の外泊を行った場合にかかる推定費用のことで、片道交通費を6倍し、1泊の宿泊費・スタッフ2名分（1名当たり5,000円）を加算して算出した費用である。ただし、地元入院者については、スタッフが自宅等待機しビジネスホテルを利用しないことも少なくないため、宿泊費10,000円は計上しなかった。管外の標準宿泊費用が突出していることが目立ち、管外入院者1名の外泊訓練には平均133,390円かかることは驚きである。

6. 指定入院医療機関類型による移動負担

指定入院医療機関類型と移動負担について上記と同様の検討を行った結果を表13にまとめた。地元特化型の医療機関15では、所要時間、移動距離、片道交通費、標準外泊費用が表4の地元入院者についての負担と同程度であった。医療機関15を基準にして、その他の医療機関の移動負担を評価すると、算定された12の医療機関すべてで移動負担は大きく、地元

型、管内型、管外型の順で移動負担は大きくなることが確認された。しかし、管内型と管外型の移動負担にはわずかな差しかなく、医療機関14では、地元型に匹敵する程度の移動負担しかなかった。管内型、及び、管外型では、帰住先への所要時間が3時間以上かかっており、最長は、医療機関13の4時間26分だった。

7. 指定入院医療機関の所在地最適化シミュレーション

帰住先最寄り駅への所要時間が特に長い10例について指定入院医療機関の所在地最適化シミュレーションを行ったところ、10例の平均所要時間は6時間53分から41.9%減少して4時間00分に、移動距離は835.9kmから72.7%減少して228.4kmに、片道交通費は27,535円から75.5%減少して6,744円になった（表14）。

本シミュレーションでは、帰住先が青森県内にある例のように、所要時間が6時間45分から一気に0分になった例もある一方、帰住先が北海道内にある5例では、道内の自治体立病院に指定入院病床が開設されたとしても、広大な道内の移動負担はなお大きいこと

表13 指定入院医療機関の類型による移動負担

医療機関番号	類型	指定入院者数	最寄り駅の記載あり	所要時間	移動距離	片道交通費	標準外泊費用
15	地元特化	4	4	1.08	42.8	¥860	¥5,160
3	地元	34	20	1.22	79.6	¥2,859	¥18,951
10	地元	20	20	1.30	550.5	¥11,532	¥72,689
1	地元	35	35	1.43	162.8	¥4,825	¥33,808
6	地元	33	12	2.02	173.5	¥5,376	¥37,255
16	地元	17	15	2.51	347.1	¥10,289	¥67,089
9	地元	37	19	2.08	156	¥4,025	¥30,464
小計		176	121	1.52	236	¥6,181	¥41,718
7	管内	34	21	4.04	290.6	¥9,279	¥64,243
4	管内	33	20	3.00	286.4	¥11,294	¥77,364
8	管内	17	12	3.25	254.7	¥7,589	¥55,525
小計		84	53	3.31	285.4	¥9,694	¥67,223
12	管外	33	0	-	-	-	-
13	管外	19	17	4.26	610.4	¥18,212	¥117,521
2	管外	38	26	4.05	371.4	¥15,002	¥98,880
11	管外	17	16	2.45	189.4	¥4,764	¥36,708
14	管外	40	25	1.58	193.1	¥6,187	¥45,923
5	管外	36	0	-	-	-	-
小計		183	84	3.16	332.1	¥11,098	¥75,043

移動距離の単位はkmである

表 14 帰住先最寄り駅への所要時間が特に長い 10 例についての指定入院医療機関の所在地最適化シミュレーション

医療機関番号	帰住先都道府県	指定入院医療機関 ← 帰住先最寄り駅			地元自治体病院 ← 帰住先最寄り駅		
		所要時間	移動距離	片道交通費	所要時間	移動距離	片道交通費
2	北海道	7:58	1245.6	¥41,830	6:44	457.4	¥13,120
3	青森県	7:47	1028	¥39,450	2:13	39.4	¥740
8	北海道	6:57	1261.2	¥28,860	5:23	358.8	¥11,170
2	北海道	6:45	392.5	¥10,250	6:57	481.9	¥12,880
7	青森県	6:45	1006.7	¥38,780	0:00	0	¥0
13	宮崎県	6:43	487.7	¥25,070	2:02	46.4	¥1,080
2	北海道	6:39	394.3	¥10,270	6:41	456.9	¥13,120
13	栃木県	6:37	1221.2	¥31,870	1:58	56.2	¥3,180
2	北海道	6:33	612.6	¥28,200	6:24	313.2	¥8,380
13	兵庫県	6:12	709.1	¥20,770	1:41	93.5	¥3,790
平均値		6:53	835.9	¥27,535	4:00	228.4	¥6,744

移動距離の単位はkmである

が改めて確認された。

8. 社会復帰期入院対象者の外泊の有無とスタッフの外泊負担

447 名のうち、社会復帰期の入院者は 133 名 (29.8%) であり、調査当時、外泊経験者が 79 名 (59.4%) であった。地元入院者や管内入院者の方が外泊しやすいということはなく、図 17 に示したように外泊経験者 79 名中、地元入院者は 22 名 (27.8%)、管内入院者は 36 名 (45.6%) であり、一方、外泊未経験者 54 名 (40.6%) 中、地元入院者は 22 名 (40.7%)、管内入院者は 18 名 (33.3%) であった。

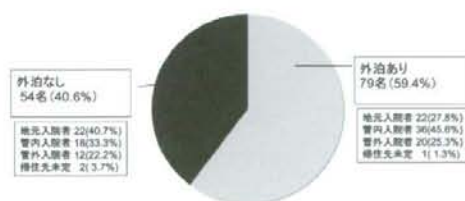


図 17 調査時点で入院中の指定入院対象者 447 名中、社会復帰期 133 名の外泊実績と帰住先属性

本研究では、外泊を経験した指定入院対象者 79 名の指定入院医療機関スタッフに外泊についてのコメントを自由に記載してもらった

ところ、「遠距離の移動負担や制約」「外泊時の付き添いスタッフの負担」「受け入れ先の確保」「その他」に関して表 15 のようなコメントが得られた。また、外泊していない指定入院対象者 54 名については、調査時点で外泊していない理由を複数回答可として 5 つの選択肢から回答を求めたところ、回答のあった 49 名のうち、「帰住先がないため」が 27 名 (55.1%)、「家族が反対しているため」が 9 名 (18.4%)、「本人が反対しているため」が 0 名であり、「(スタッフの確保等) 外泊のスケジュール調整がつかない」は 7 名 (14.9%) であった。一方、「近日中に外泊の予定がある」が 17 名 (34.7%) であった。

D. 考察

本報告によって、指定入院医療機関が指定入院対象者の遠距離入院を受けることによって、医療機関には過大な移動負担が生じることが確認された。特に、移動負担がもっとも大きい「管外入院者」では、帰住先への平均的な所要時間が 4 時間 14 分、片道交通費が 20,565 円、標準外泊費が 133,390 円であった。H20 年 9 月 30 日時点の全国の指定入院医療

表 15 指定入院対象者の外泊にかかわった指定入院医療機関スタッフの外泊に関するコメント

<p>1. 遠距離の移動負担や制約</p> <p>外泊してみて初めて自宅の様子が変わった。実施に住むにはかなりの手入れが必要な家であった。近くであれば回復期からの外出で自宅の様子を確認することができたはずで、退院調整も早く進められたと思われる。</p> <p>遠方で片道7時間かかること、施設への情報伝達を行ってから実際に外泊できるまで半年もかかってしまった。</p> <p>病院から外泊先が遠方であるため、計画に時間や労力を要す。土地勘もないため本人も不安だと思ふ。</p> <p>千葉から北海道で遠距離だった。</p> <p>遠隔地への外泊のため対象者の身体的な負担が大きい。</p> <p>精神症状は全く落ち着いているが、腰痛などの身体的問題があって、移動などに配慮が必要である。</p> <p>移動の疲れもあってか、合併症が再発し、オペが必要な状態となられた。今後退院の調整のため、外泊を計画しなければならないが、体調が心配される。</p> <p>移動時間がとても長く、患者様だけでなくスタッフの負担も大きい。看護師1名だけでなく精神だけでなく身体管理の面で不安が強い。遠隔地への外泊のため身体的、精神的に対象者の負担が大きい。</p> <p>帰住予定地が遠方であり、繰り返し行うことが困難である。地元の施設等を見学する場合も、時間やその範囲が限られてしまう。</p> <p>退院後は施設入所を想定しており、体験利用を実施したが、遠方のため施設が希望する長期・複数回実施するのが出来なかった。1週間を超えない外泊→移動日等で訓練期間にロス。長期の外泊→同伴体制の調整困難。</p>
<p>2. 外泊時の付き添いスタッフの負担</p> <p>遠方の外泊のため職員のやりくり</p> <p>長期外泊のための職員のやりくり</p> <p>看護寮への長期間の外泊が必要であり、付き添いスタッフの確保が困難。</p> <p>対象者に対しては困難と感じたことはありません。待機時ストレスを感じます。</p> <p>長期外泊は困ります。施設側との話し合いが合わず、すれ違いが多かった。施設での待機は考える物がありました。出来ればしたくない。</p> <p>スタッフが運転する公用車で外泊地まで向かうため、負担が大きかった。</p> <p>対象者の外泊先の近くにスタッフの待機場所が確保困難であったため、やや離れた場所で宿泊先を確保。この際緊急時の対応にタイムラグが生じてしまうことに危惧があった。</p>
<p>3. 受け入れ先の確保</p> <p>受け入れ先の見通しが立つまでに時間がかかり、対象者の盛り上りの時期とズレてしまった。決定してからは急速に進んでいる為、対象者にとってとまどいが大きく最大限のフォローが必要となっている。</p> <p>自宅退院困難。施設から断られることも想定されるため、いくつかの候補施設を体験することが必須になる。</p> <p>受け入れ施設が医療観察法の理解に乏しい</p> <p>施設への外泊をし退院準備をしているが、入所が確定していない。</p> <p>アパート探し(独居予定)に苦労した</p> <p>身寄りがなく賃貸契約ができないため、住居の確保が困難だった</p> <p>地域住民の受け入れ体制</p> <p>対象者家族宅近隣にアパートが多く、退院が決まっても短期間でアパートの選定はできそうだが、通院予定先の病院へのアクセスがやや困難な場所になる。</p>
<p>4. その他</p> <p>キーパーソンが(一人も)いなかった。</p> <p>社会復帰調整官及び退院後の関係機関との日程調整に苦慮した。</p> <p>生活支援施設への退院を予定し、試験利用したが、施設入所への意思が固まらない。病院(病棟)の生活が快適で施設と比べてしまう。退院したくないと言う。</p> <p>本人が外泊を嫌がった。外泊に家族が難色を示した。</p> <p>対象者に歩行障害があり、体力的に困難</p> <p>乗り物酔い</p> <p>初回の外泊の中で、本人の数多いニーズを満たすことが困難。</p> <p>交通の便が悪い(バス等が少ない)</p>

機関入院処遇中の対象者447名のうち、管外入院者の比率は、全入院者の約1/3に相当する145名(32.4%)もあり、指定入院医療機関の管外入院者の割合は、もっとも高い医療機関(医療機関12、14)では0.58と約6割にも及んでいた。医療機関側の移動負担(時間や経費に換算できない負担も含めて)が大きいということは、同時に、家族等の移動負担が大きいということでもある。指定入院病床の空床状況によって遠距離入院させられたりさせられなかったりする、というのは不合理であろう。今後、指定入院病床の整備により病床の不足が早急に解消されることを期待するしかないと考えられる。

指定入院対象者の遠距離入院の最大の要因は、指定入院病床の不足である。しかし、指定入院病床の偏在も大きな要因である。つまり、北海道地方、及び、近畿地方には指定入院病床がほとんど整備されておらず、帰住先が北海道か近畿地方の指定入院対象者はほぼ自動的に管外入院となり、その結果、他の地域への負担ともなっている。近畿地方には、近接する区域に少なくとも2つの指定入院医療機関があるものの、北海道には移動負担の少ない場所に指定入院医療機関がなく、この問題はより深刻である。指定入院病床の偏在は、さらに、地方厚生局レベルにおいて指定入院病床が充足している管轄区域(東海北陸、中国四国、九州)でも無視できない問題が含まれる。表5で示されたように、「管内入院者」の帰住先への所要時間は2時間51分、片道交通費は5,764円、標準外泊費用は44,584円であり、移動負担は、管外入院者ほどではないにしても相当の負担と考えられた。管内といっても、広大であり、また、交通機関の整備状況によっては、距離以上に時間がかかるケースもある。ある対象者にどの指定入院医療機関を使うかは、現在のように病床が不足している状況下では選択の余地がないが、将来、

選択できるほど空床が確保された場合、管外の医療機関を用いたほうが対象者の移動負担が少ないケースもあり、地方厚生局の管轄区域にこだわらないベッドマネジメントも大切になると考えられた。

本研究において注目すべきことは、調査時点において、表2に示したように指定入院患者が9名以下しか発生していない都道府県が全国に33府県あり、その中で指定入院病床がない府県は25あったということである。このような府県では、僅かずつでも指定入院病床が整備されれば、指定入院病床充足率も(1以上の数値が)確保され、結果として、遠距離入院は相当数、削減できると考えられる。指定入院患者の発生が比較的少ないような地方自治体にとっては、33床ないし17床の独立型病棟は難しくても、14床以下の病床数を任意に規定できる小規格併設型病棟は比較的取り組みやすい規格サイズと考えられる。病床数が少ないと、入院対象者は地元入院者中心の構成になりやすく(例えば、医療機関15)、地元型ないし地元特化型(表4)の医療機関として治療上も有利になるかもしれない。地元入院者の移動負担は、帰住先への所要時間が1時間、片道交通費が735円、標準外泊費用が4,410円であり、外出程度の用件なら、半日程度の所要時間で済ませることも可能であろう。

本研究では、帰住先に関する入院者属性による2指標(地元率と管外率)により、指定入院医療機関を4つに分類し検討を行ったが、管内型と管外型の医療機関には、帰住先への移動負担に大きな差が認められなかった(表6)。管内型と管外型の移動負担が近接したのは、管外型の医療機関のなかに「地元型医療機関」に匹敵する程、移動負担の極めて少ない医療機関が含まれ(医療機関14や11)、管外型の平均値を押し下げたことによると考えられた。医療機関14や11の移動負担が少な

かったのは、これらの医療機関が交通の要所にある上、隣県（しかし管外）の患者を比較的多く処遇していたためである。

いずれにしても、本研究により、指定入院医療機関が表4に示したような4つの類型に分類された意義は大きいと思われる。医療観察法下の治療とは、言うまでもなく、入院治療で完結するものではなからう。指定入院対象者の社会復帰を促進し、重大な他害行為の再発防止をはかるためには、対象者の帰住先地域との連携がなにより大切になる。にもかかわらず、管外型や管内型の医療機関には、移動負担が明らかに大きいにもかかわらず、地元特化型や地元型の医療機関と同じ程度のマンパワーしか与えられていない。

本研究では指定入院対象者を「地元入院者」「管内入院者」「管外入院者」の3つのグループに分けて検討を行ったが、これらの属性の違いについて、われわれがどのような見解もっているかを本人・家族の立場、及び、医療機関側の立場からここで簡単に整理しておく。「地元入院者」とは、本人・家族にとっては、地元医療機関で治療を受けることができる点で安心感が大きく、外泊や面会に際しての移動負担はもっとも少ない。医療機関にとっては、地域連携が行いやすいが地域移行後の対象者の再犯防止の責任はもっとも強く求められる。

「管内入院者」とは、本人・家族にとっては、地方厚生局の管轄区域が広いため、ある程度遠方の医療機関に入院することになっても仕方がないとあきらめもつく。しかし、移動負担は小さいとは言えず、不満も生じる。医療機関にとっては、地域連携が行いづらくなり、再犯防止の責任は「やや」あいまいとなる。対象者の地域移行については、地元の指定通院医療機関等に「やや」頼りがちとなる。

「管外入院者」とは、本人・家族にとっては、病院が遠隔地にあることにより、不満は大き

い。移動負担がまかなえず、面会できないケースも多くなる。医療機関にとっては、地域連携が行いづらくなり、再犯防止の責任は「やや」あいまいとなる。対象者の地域移行については、地元の指定通院医療機関等に「かなり」頼りがちとなる。

このようなわれわれの「先入観」は、偏った見方なのかもしれない。しかし、医療機関が遠方にあることへの不満は、関係者にこのような疑いを育むものであることを忘れるべきではない。今後、地元入院者と比較して、管外や管内の入院者は、入院期間や治療方針への影響をどれくらい受けるのか等を精密に検討し、医療観察法による指定入院医療の質がどの指定入院対象者でも同程度に保証されていることを示していくことが大切になるとと思われる。

われわれは、遠距離入院の対象者であれば、退院支援の最終仕上げは、転院した上で地元の指定通院医療機関で行った方がよいケースもあると考える。遠距離の指定入院医療機関に入院した対象者に対して指定入院医療機関が必要十分な退院準備作業（例えば、地元居住施設が求めるような長期外泊等）を行うことは現実的に難しいからである。遠隔地であることは、家族や関係者との（心理的）距離を生みやすく、生の情報も得にくくなる。そのようなハンディキャップのなかで治療の任にあたる医療機関のスタッフは本当に大変だと思う。しかし、そうだとしても、余り楽観的に地元の医療機関を頼ることは慎むべきである。絶対に成功すると信じて地元の指定入院医療機関に転院したものの、当初の計画が頓挫するということもあるかもしれない。指定入院対象者の遠距離入院については、入院途中でも積極的に帰住先により近い指定入院医療機関への転院をはかった方がよいのか等、今後さらに詳しい検討が必要だと思われる。下総精神医療センターの藤井らによる報告で

は、安易な転院に警鐘を鳴らす事例が報告されており、対象者の心情をまず第一に考慮した対応が重要となることは確認するまでもないことである。地元入院者であっても、指定入院医療機関が別の指定通院医療機関に変更となるケースでは、これと類似の問題が発生しうると考えられるが、ここではこの点に言及するにとどめる。

本研究は、公共交通機関を用いた場合の帰宅先への移動負担に関して検討したもののだが、指定入院医療機関によっては、鉄道等を使用せず、公用車等により外出・外泊対応しているところもあると思われる。沖縄本島には、鉄道の駅に匹敵するような公共交通機関の駅が「那覇空港」しかなく、島内の移動には自動車やバスが用いられている。本研究では、その結果、「独立行政法人国立病院機構琉球病院」と帰宅先が沖縄本島内にある対象者の帰宅先の最寄り駅はどちらも「那覇空港」になってしまい、実際には、自動車による移動負担があっても、該当ケースでは、帰宅先への所要時間・距離・片道交通費等はすべて「0」と算定された。このような結果は不合理ではあったが、全体の結果に影響しないことが確認されたため、本研究ではこれらのデータも除外しなかった。

いずれにしても、本研究は、全国一律の方法論を適用した結果であり、地域の特殊性を反映していない点があるかもしれない。本研究は、指定入院対象者の「出身地」ではなく「帰宅先」に着目したことがユニークな点だと思われる。しかし、指定入院対象者の出身地と帰宅先とは、ほとんどのケースで一致するのかもしれない、どの程度一致しないケースがあるのかは今後機会があれば検討したい。

E. まとめ

本研究では、14床以下の小規模併設型病棟の整備が進むことにより、指定入院対象者の

発生件数が比較的少なく、指定入院病床をもっていない25府県では、指定入院病床の充足率が十分確保され、遠距離入院が削減されることを強調した。管外入院者の多い指定入院医療機関が比較的大きい移動負担をかかえながら、どのような指定入院医療を展開していくかは、今後、現場の経験の集積を待つべきであり、有効な方法は指定入院医療機関間で共有することも大切だと思われる。

参考文献

武井 満：他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究、平成18年度厚生労働科学研究費補助金 他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰試験に関する研究 総括研究報告書 平成18年度総括・分担研究報告書（主任研究者 山下皓）、東京、pp97-、2007

藤井龍一、山本暢朋、他：下総精神医療センター医療観察法病棟の経験。（1）課題と問題点、臨床精神医学、36：1115-1123、2007

VI. 医療観察法での指定入院中に合併した身体疾患への対応に関する検討

A. 研究目的

リスクマネジメントという観点から考えれば、精神科医療においても、身体疾患合併症例への適切な対応を行うことが可能となるようなシステムを構築することが不可欠と考えられている。しかし、この点に関しては未だに多くの課題を抱えているのが現状である。身体疾患の治療に関しては、たとえ精神疾患を有する症例でも一般病棟での対応が可能となるようなシステムを整備すること、スタッフの資質向上に寄与するような研修などをこなうことなどが望ましいが、現実的には、その精神症状や身体疾患の重篤度などを勘案し

たうえで適切な治療環境を決定することが重要である。措置入院を含む非自発的な入院をしている精神疾患患者が急性期の身体疾患を合併したような際の対応については、治療を提供できる医療機関も限られており、迅速で適切な対応が困難となる可能性があることが以前から指摘されている。

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法と略す）に基づいて入院中の精神疾患患者が、当該入院医療機関では検査や治療が困難な身体疾患に罹患したときの対応に関しては、医療観察法第100条、第100条2項、3項、4項に（外出等）（資料1）という規定があり、指定入院医療機関運営ガイドラインにも合併症治療の際の他医療機関への一時的入院（資料2）に関して記載されている。しかし、法解釈や運用に関しては十分なコンセンサスが得られてはおらず、医療の現場での混乱が予想されている。

本研究では、今年度の目的として、指定入院医療機関で治療中に発生した身体合併症に関する実態調査を行うことによって、指定入院医療機関での身体合併症への対応能力、および転院時の手続きを中心とした他の医療機関との連携状況に関する問題点を把握することをあげた。今回の調査に加えて、来年度に予定されている転院先の医療機関での治療と転帰および転院中の問題点に関する実態調査の結果を併せて検討することで、医療観察法下における身体合併症治療の現状と問題点を明確にし、身体合併症対応型の指定入院医療機関の基準と運営上の問題を検討することを最終的な目的としている。

B. 研究方法

今回行なった調査のそれぞれについて、その方法の概略を示す。平成19年8月時点で運用されている指定入院医療機関10施設に對

して、調査票を郵送し、該当する症例に関して調査項目への記載を依頼した。調査票は基本的には回答を選択式とし、調査項目から氏名、住所、生年月日など、個人が特定される可能性のあるものは除外した。

今回の調査では、依頼した指定入院医療機関（10施設）も少なく、また身体疾患のために転院が必要であった症例（10症例）も少なかったため、統計学的な検討は行っていない。

1. 指定入院医療機関における身体疾患への対応に関する実態調査（調査A）

平成19年7月31日現在での、指定入院医療機関の施設概要、合併する身体疾患への対応能力、および他機関での検査・治療を要した症例の把握を目的として、各指定入院医療機関の病棟責任医師に対して実態調査を依頼した。

この調査のその調査項目として、病棟運用開始年月日、施設の概要（全病床数、届出精神科病床数、医療観察法病床数、精神科病床以外の病床、精神科以外の医師、院内で施行可能な検査など）、医療観察法関連の患者が入院する病棟で対応可能な救急処置、医療観察法病棟スタッフへの救命処置や身体疾患に関する研修、身体合併症の対応についての他の医療機関との連携（協定の有無と条件）、医療観察法病棟への入院症例数、他機関での検査・治療を要した症例数、他機関での受入れを拒否された症例数およびその理由などがあげられている。

2. 他機関での入院治療が必要となった症例の実態調査（調査B）

他機関での入院が必要となった症例に関する身体的・精神的状態および転院時手続きの実態を把握することを目的として、転院症例の指定入院医療機関側の主治医に対して実態調査を依頼した。

この調査の調査項目として、精神科的診断、転院時の精神状態像、精神科的重篤度、転院した医療機関の概要（所在地、精神科病棟の有無など）、入院を必要とした身体疾患の種類と入院病棟、他機関に依頼した際の対応（交渉した職種、移送時間など）、依頼から転院に至るまでに要した期間、身体疾患のため他機関へ転院した際の法的根拠、身体合併症治療の費用負担、付き添い職種、身体疾患治療のために要した入院日数、身体疾患の転帰、対応で感じた困難などがあげられている。

これらの調査票の結果を集計して検討することによって、指定入院医療機関へ入院中の患者に転院が必要となる身体疾患が発生する割合が算出可能となるとともに、おもに入院医療機関側からみた医療観察法に関連する合併症治療の課題を把握することが可能となり、適切な身体合併症治療システムを構築する際の資料を得ることが期待される。

C. 研究結果

1. 指定入院医療機関における身体疾患への対応に関する実態調査（調査 A）

平成 19 年 8 月時点で運用されている指定入院医療機関 10 施設のうち、9 施設（90.0%）から回答があった。開設から平成 19 年 7 月 31 日までの間に医療観察法による入院となった症例（図 18）は計 359 例（19～62 例、平均 39.9 例）であった。

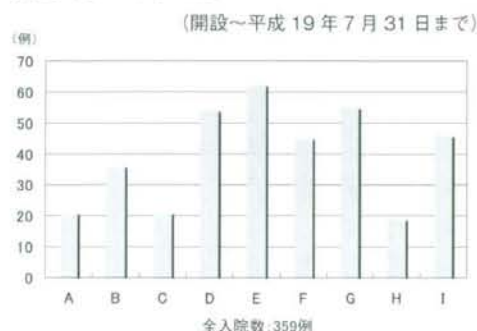


図 18 医療観察法による入院症例数

1) 指定入院医療機関の施設の概要

施設の概要（図 19）をみてみると、全病床数は 233～923 床（平均 415.3 床）、届出精神科病床数は 170～673 床（平均 340.9 床）、うち医療観察法病床は 17～51 床（平均 29.9 床）となっていた。9 施設のうち、精神科病床のみの病院は 3 施設（33.3%）であり、それ以外の施設には一般病床などが併設されていた。

(9 施設)

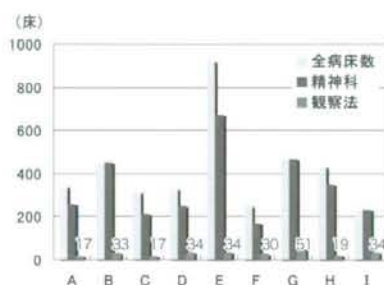


図 19 指定入院医療機関の病床数

院内で施行可能な検査（図 20）についてみると、CT 検査は全施設で可能であった。MRI 検査、超音波検査はともに 7 施設（77.7%）で可能であり、内視鏡検査が可能な施設は 4 施設（44.4%）であった。入院医療施設には一般病棟などは併設されている施設が多いことと関係すると思われるが、院内の検査体制に関しては比較的充実していると考えられる。

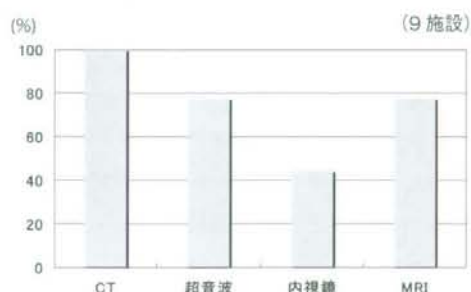


図 20 指定入院医療機関で可能な検査

精神科以外の常勤医師（表 16）をみてみると、診療科別では内科医が 6 施設（66.7%）

で最も多く、次いで小児科医 2 施設 (22.2%)、脳外科医 1 施設 (11.1%) の順となっていた。しかし、3 施設 (33.3%) では精神科以外の常勤医師はおらず、2 施設 (22.2%) では内科の非常勤医師のみとなっていた。

表 16 精神科以外の医師数 (常勤換算)

施設	(9 施設)	
	内科	その他
A	1	小児科: 1
B	3	
C	6	
D	-	
E	19	小児科: 11、脳外: 3
F	0.5	
G	-	
H	-	
I	0.2	

2) 医療観察法関連の患者が入院する病棟で対応可能な救急処置

医療観察法関連の患者が入院する病棟で対応可能な救急処置を、表 17 に示す。

気道の開放と確保に関しては、吸引器による口腔内の吸引は全施設で可能であったが、喉頭鏡などによる異物除去は 6 施設 (66.7%)、経鼻エアウェイによる気道確保は 7 施設 (77.8%)、気管内挿管による気道確保は 8 施設 (88.9%) で可能であった。

呼吸の確保に関しては、バックバルブマスクによる人工呼吸は 6 施設 (66.7%) で可能であったが、人工呼吸器が使用できるのは 2

施設 (22.2%) にすぎなかった。

循環の確保に関しては、輸液は全施設で可能であったが、胸骨圧迫式心臓マッサージは 8 施設 (88.9%)、強心剤使用は 7 施設 (77.8%) で可能となっていた。

自動解析機能付き心電図は 7 施設 (77.8%) で利用可能であったが、心電図モニターは 8 施設 (88.9%)、心電図伝送は 3 施設 (33.3%) で可能であった。

心室細動および無脈性心室頻拍に対する処置として、自動体外式除細動器 (AED) による除細動は 7 施設 (77.8%) で可能であったが、除細動器による除細動が可能な施設は 1 施設 (11.1%) であった。

観察として、全ての施設で血圧測定は可能であり、パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度の測定も 8 施設 (88.9%) で可能であった。

医療観察法病棟スタッフへの救命処置 (BLS: 一次救命処置) や身体疾患に関する研修を行っているのは 6 施設 (66.7%) あった。

3) 身体合併症に関する他の医療機関との協定

医療観察法関連の身体合併症への対応についてみると、全ての指定入院医療機関で、身体疾患の検査や治療を担当する他の医療機関との間で協定が結ばれていた。協定のうち、治療費の支払い方法と転院中の職員の付き添

表 17 医療観察法病棟で対応可能な救急処置

(9 施設)

1) 気道の開放と確保 吸引器: 9 (100.0%) 異物除去: 6 (66.7%) 経鼻エアウェイ: 7 (77.8%) 気管内挿管: 8 (88.9%)	4) 心電図 自動解析機能付き心電図: 7 (77.8%) モニター: 8 (88.9%) 心電図伝送: 3 (33.3%)
2) 呼吸の確保 バックバルブマスク: 6 (66.7%) 人工呼吸器: 2 (22.2%)	5) V _f pulselessVT への処置 AED: 7 (77.8%) 除細動器: 1 (11.1%)
3) 循環の確保 輸液: 9 (100%) 心臓マッサージ: 8 (88.9%) 強心剤使用: 7 (77.8%)	6) 観察 血圧測定: 9 (100.0%) パルスオキシメーター: 8 (88.9%)
	7) 救命処置・身体疾患に関する研修 行っている: 6 (66.7%)

いに関する内容を表18に示す。

治療費の支払い方法としては、精神障害関連は指定入院医療機関が負担し、合併症関連は患者負担としているものが3施設(33.3%)、すべて指定入院医療機関が負担するとしているものが3施設(33.3%)、すべて患者が負担するとしているものが2施設(22.2%)となっていた。職員の付き添いに関しては、看護師を中心として複数の付き添いが必要となっているものがほとんどであった。

4) 他機関で検査、治療を受けた症例

平成19年7月31日までに、他院で身体疾患のために検査や治療を受けた症例の数を、指定入院医療機関ごとに図21に示す。

他の医療機関で外来治療が必要となった症例は29例、外来検査が必要となった症例は24例であった。他の医療機関で入院治療が必要となった症例は9例、入院検査が必要となった症例は1例であった。

すなわち、身体疾患の検査、治療のために他機関へ入院が必要と考えられた症例は10例

表18 他の医療機関との協定

(9施設)

施設	治療費	付き添い
A	指定入院医療機関負担	2名
B	合併症: 患者負担 精神障害関連: 指定入院医療機関負担	2名
C	保険診療+協定で決めた額	2名
D	患者負担	看護師など付き添い
E	合併症: 患者負担 精神障害関連: 指定入院医療機関負担	看護師2名
F	指定入院医療機関負担	数名のスタッフ付き添い
G	患者負担	個別協議
H	指定入院医療機関負担	2名
I	合併症: 患者負担 精神障害関連: 指定入院医療機関負担	医学的管理を行う

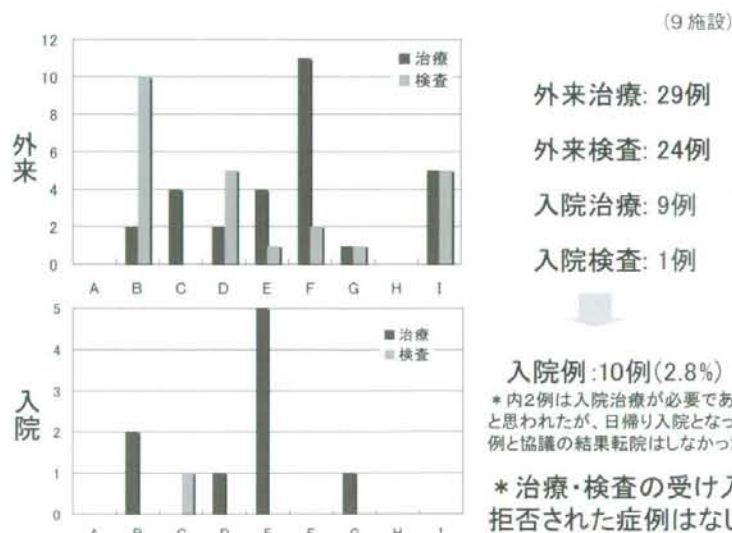


図21 他機関で検査・治療を受けた症例数

となり、これは医療観察法による入院症例数（359例）の2.8%にあたる。このうち、治療や検査の受け入れを拒否された症例はなかったが、2例（20.0%）は後述するような状況で、日帰り入院、協議の結果転院はせずに元の指定入院医療機関で治療を継続することになった。

5) 調査Aの結果のまとめ

指定入院医療機関のうち、精神科病床のみの施設は33.3%に過ぎず、CT検査、MRI検査、超音波検査などにも対応している施設が多いため、病院全体としての身体疾患の診断に関する能力は比較的高いと考えられる。しかし、他の診療科の常勤医は少ない施設が多く、また医療観察法関連の患者が入院する病棟で対応可能な救急処置、研修状況などに関する調査の結果も併せて考えると、指定入院医療機関内での身体合併症への対応能力は、必ずしも十分とはいえない可能性がある。

全ての指定入院医療機関が他の医療機関と身体合併症治療に関する協定を結んでいるが、その内容は様々であり、特に治療費の支払い方法に関しては施設間での差が大きい。また、指定入院医療機関の複数のスタッフが付き添

いをするのが要求されることが多くなっていた。

平成19年7月31日までに10例が身体合併症の検査、治療のために転院（転院相当2例を含む）している。これは指定入院医療機関の全入院症例数（359例）の2.8%にあたる。

2. 他院での入院治療が必要となった症例の実態調査（調査B）

1) 精神的診断

身体疾患の検査、治療のために転院が必要となった症例の精神的診断などを表19に示す。

ICD-10による分類では統合失調症圏が9例（90.0%）とほとんどであり、気分障害圏は1例（10.0%）であった。性別では男性8例（80.0%）、女性2例（20.0%）となっており、男性が多くなっていた。年齢は22～78歳（平均51.4歳）であった。転院直前の精神状態像では、幻覚妄想状態を呈していたものが7例（70.0%）で最も多く、次いで寛解状態2例（20.0%）、抑うつ状態1例（10.0%）の順となっていた。精神疾患の重篤度（CGI-S）をみると、顕著1例（10.0%）、中度3例（30.0%）、軽度5例（50.0%）、正常1例（10.0%）となっており、比較的軽いものが多かった。

表19 転院が必要となった症例の精神的診断

(10例、IおよびJは転院相当)

患者	ICD-10	性別	年齢	転院直前の精神状態像	精神疾患の重篤度(CGI-S)
A	F3	女	34	抑うつ状態	軽度
B	F2	男	22	幻覚妄想状態・残遺症態	顕著
C	F2	男	38	幻覚妄想状態	中度
D	F2	男	78	幻覚妄想状態・認知症状態	軽度
E	F2	男	78	幻覚妄想状態・認知症状態	軽度
F	F2	男	62	寛解状態	正常
G	F2	男	46	幻覚妄想状態	中度
H	F2	男	41	幻覚妄想状態	中度
I	F2	女	50	幻覚妄想状態	軽度
J	F2	男	65	寛解状態	軽度

2) 他機関での入院治療を必要とした身体疾患
他機関での入院治療を必要とした身体疾患の種類、身体疾患の重篤度、転院した時の状況を表 20 に示す。

身体疾患としては消化器疾患が 5 例(50.0%)で最も多く、自殺企図に起因する身体疾患(解熱鎮痛剤の過量服薬)、内分泌代謝疾患、呼吸器疾患、循環器疾患、その他が各 1 例(10.0%)となっていた。主な身体疾患が悪性腫瘍であるものが 3 例(30.0%)あったが、主な身体疾患が精神科的な治療(身体拘束など)に起因すると考えられた症例はなかった。身体疾患に起因する症状急変による転院は 3 例(30.0%)と比較的少なく、7 例(70.0%)は

治療あるいは検査の予約による転院であった。実際に転院となった症例 8 例の平均入院日数は 20.7 日であった。

3) 転院先の医療機関

転院先の医療機関を表 21 に示した。これを見てみると、全ての症例(10 例)でいわゆる総合病院への転院となっており、身体科の専門病院へ転院となったものはなかった。転院先の精神科の状況を見てみると、常勤の精神科医がいる施設への転院が 9 例(90.0%)であり、精神科医が不在の施設への転院は 1 例(10.0%)であった。転院先に精神科病棟がある医療機関への転院が 9 例(90.0%)あり、

表 20 他機関での入院治療を必要とした身体疾患
(10 例、I および J は転院相当)

患者	症状	身体疾患の重篤度	転院した時の状況
A	解熱鎮痛剤の過量服薬(自殺企図)	生命の危険性は少ない	治療あるいは検査の予約
B	急性虫垂炎	症状改善が期待できる	症状の急変
C	糖尿病Ⅰ型による血糖値の変動大	症状改善が期待できる	治療あるいは検査の予約
D	胃潰瘍	生命の危険性がある	症状の急変
E	胃潰瘍	生命の危険性は少ない	治療あるいは検査の予約
F	肺がん	生命の危険性がある	治療あるいは検査の予約
G	大腸癌	生命の危険性がある	治療あるいは検査の予約
H	腎臓腫瘍	生命の危険性がある	治療あるいは検査の予約
I	大腸憩室炎・憩室炎	症状改善が期待できる	症状の急変
J	異型狭心症	症状改善が期待できる	治療あるいは検査の予約

平均入院日数 20.7 日

表 21 転院先の医療機関の特徴

医療機関の種類(n=10)	
いわゆる総合病院	10
身体科の専門病院	0
その他	0
転院先の精神科医師(n=10)	
常勤	9
非常勤	0
不在	1
転院先の精神科病棟(n=10)	
あり	9
なし	1
合併症治療に関する協定(n=10)	
結んでいる	8
結んでいない	2

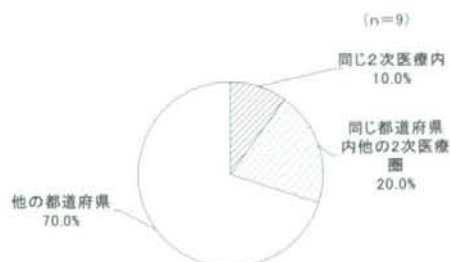


図 22 転院先の医療機関の所在地

精神科病棟がない医療機関への転院は1例(10.0%)であった。8例(80.0%)が身体合併症治療に関する協定を結んでいる医療機関への転院となっていたが、2例(20.0%)は協定を結んでいない医療機関へ転院となっていた。

転院先の医療機関の所在地(図22)をみると、同じ二次医療圏内の医療機関へ転院となった症例は1例(10.0%)に過ぎず、同じ都道府県内の他の二次医療圏内の医療機関へ転院となった症例2例(20.0%)を加えても、同じ都道府県内での対応が可能だった症例は3例(30.0%)であり、他の7例(70.0%)は他の都道府県の医療機関へ転院となっていた。

身体疾患治療のために転院となった診療科(図23)をみると、精神科が4例(40.0%)で最も多く、次いで救命救急科3例(30.0%)、外科2例(20.0%)、内科(循環器科)1例(10.0%)となっていた。

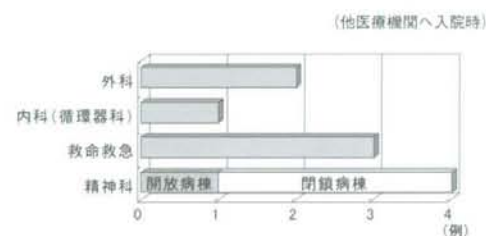


図23 身体疾患治療のために転院となった診療科

身体疾患の転帰(図24)をみると、治癒(3例、30.0%)、軽快(3例、30.0%)で全体の60.0%を占めているが、不変2例(20.0%)、死亡2例(20.0%)と必ずしも予後が良くない症例も40.0%に及んでいる。

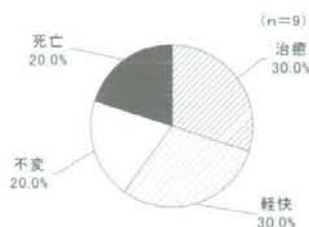


図24 身体疾患の転帰

4) 他院に依頼した際の対応

転院を依頼する際の交渉で中心となった職種を図25に示した。これを見ると精神科医が9例(90.0%)で最も多く、事務職員が1例(10.0%)となっていた。転院に伴った職員(複数回答)としては、精神科医、看護師がともに40.0%で最も多く、一般科医、精神保健福祉士、事務職員、その他が各5.0%となっていた。転院の際に使用した車両は、自施設のものを使用したのが5例(50.0%)で最も多く、民間企業に依頼したものが3例(30.0%)、公共機関を利用したものが2例(20.0%)あった。移送に要した時間をみると、片道30分以内が5例(50.0%)で最も多かったが、片道1時間以内2例(20.0%)、片道2時間以内2例(20.0%)、片道2時間以上1例(10.0%)となっており、移送に比較的長時間を要する症例もみられる。

依頼から転院に至るまでに要した期間(図26)をみると、即日転院が2例(22.2%)、翌日転院が1例(11.1%)、3日以内が2例(22.2%)、1週間以内が1例(11.1%)、1週間以上が2例(22.2%)、その他1例(11.1%)となっており、比較的早期の転院が実現できている症例が多いが、1週間程度かかる症例も稀ではない。

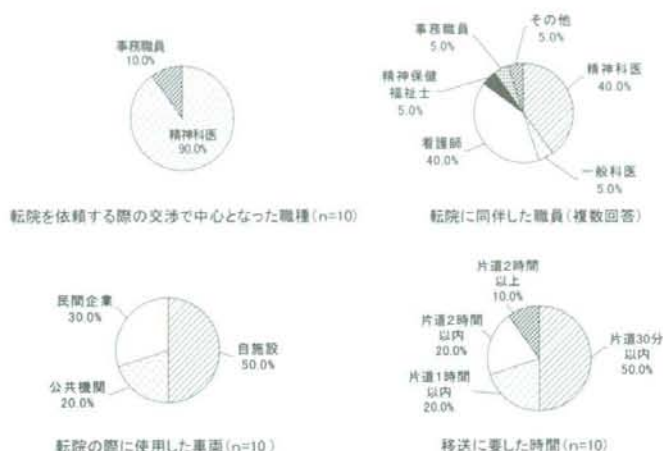


図 25 他機関に依頼した際の対応



図 26 依頼から転院にいたるまでに要した期間

表 22 に転院となる医療機関が決定するまでの経緯、法的根拠、費用負担を示した。転院となる経緯では、全ての症例で初めに交渉した医療機関に転院となっており、複数の医療機関と交渉したものはなかった。

身体疾患のため他機関へ転院した際の法的根拠については、医療観察法第 100 条 2 項（1 週間以内の外泊）が 2 例（22.2%）、医療観察法第 100 条 3 項（一時指定入院の中止）が 1 例（11.1%）、医療観察法での入院を継続している形で実際は転院が 4 例（44.5%）、医療観察法による処遇終了が 1 例（11.1%）、その他が 1 例（11.1%）となっていた。

他医療機関へ入院した際の身体合併症治療への費用負担に関しては、転院先の医療機関が依頼元（指定入院医療機関）に請求した

ものが 8 例（88.9%）で最も多く、転院先の医療機関が医療保険で請求したものが 1 例（11.1%）となっていた。

他医療機関への入院中の付き添い（図 27）についてみると、5 例（55.6%）では付き添いが必要であり、4 例（44.4%）では付き添いが必要でなかった。付き添いは不要であった症例をみると、1 例は医療観察法による処遇を終了したうえで転院となっていた。3 例は同じ組織内の別の医療機関への転院となっており、職員が兼務することによって、週 1 回程度転院元の職員（医師、看護師）が往診または訪問して対応していた。

症例への対応で感じた困難（図 28）についての複数回答では、転院先の確保が 4 例で最も多く、次いで付き添い職員の確保（2 例）、移送（2 例）、手続き上の問題（2 例）となっていた。自由意見としては、法解釈が未整理であり、対応や解釈の標準化が必要と思ったとの回答、受け入れ先は比較的理解のある状況であったが、それでも過大な要求（24 時間目を離すな）が付き添い職員に求められたとの回答があった。

5) 転院が必要と考えられたが、結局転院に

表 22 転院時の法的根拠、費用負担

転院となる医療機関が決定するまでの経緯 (n=9)	
初めに交渉した医療機関に転院	9
複数の医療機関と交渉	0
身体疾患のため他機関へ転院した際の法的根拠 (n=9)	
医療観察法第100条2項(1週間以内の外泊)	2
医療観察法第100条3項(一時指定入院の中止)	1
医療観察法での入院を継続している形で実際は転院	4
医療観察法による処遇終了	1
その他	1
他医療機関へ入院した際の身体合併症治療への費用負担 (n=9)	
転院先の医療機関が医療保険で請求	1
転院先の医療機関が依頼元(指定入院医療機関)に請求	8

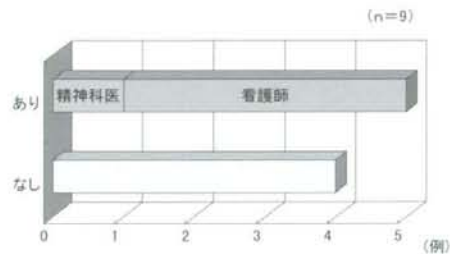


図 27 他医療機関へ入院中の付き添い

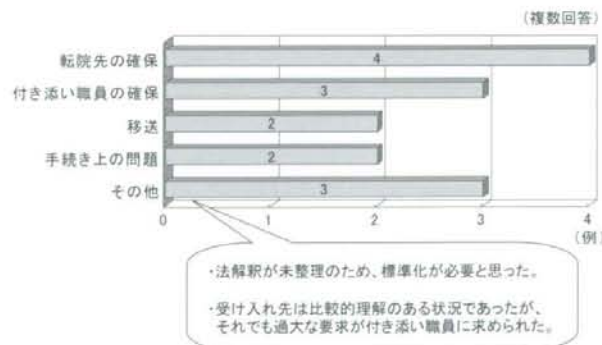


図 28 症例への対応で感じた困難

は至らなかった症例 (表 23)

症例 I は 50 歳の女性で、統合失調症圏と考えられていた。転院時には軽度の幻覚妄想状態を呈していた。合併した身体疾患は大腸憩室炎穿孔による限局性の腹膜炎であり、症状

の急変による転院が考慮されたが、入院治療の必要性について、受診した医療機関でも判断に迷い、結局転院には至らなかった。転院を依頼した医療機関とは、緊急時や身体疾患治療が必要な時に受け入れをしてもらうよう

表 23 入院治療を受けることが出来なかった症例

患者	病名	問題点
I	大腸憩室炎	元々緊急時や身体疾患治療が必要な時に受け入れをしてもらう事前の協定を結んでいたが、管理者層に情報がとどまり、救急部や精神科など相談窓口をたらい回しにされる結果となり、受診までに1時間近く要した。
J	異型狭心症	転院先での付き添い職員の役割や診療報酬について転院先との調整に苦慮した。

○患者Iは入院には至らなかったが、憩室炎穿孔による限局性の腹膜炎で、入院治療の必要性について、受診先の病院でも迷われた症例。

○患者Jは外来受診後、転院先の指示で日帰り入院となった症例。

に事前の協定を結んでいたが、管理者層に情報がとどまり、救急部や精神科などの相談窓口をたらい回しにされる結果となり、受診までに1時間近く要した。

症例Jは65歳の男性で、統合失調症圏と考えられていた。転院時には寛解状態であった。合併した身体疾患は異型狭心症であり、診断確定のための心臓カテーテル検査が必要と考えられた。転院を依頼した医療機関には常勤の精神科医はおらず、事前の協定は結んでいたが、付き添い職員の役割や診療報酬についての調整に苦慮し、結局、外来受診後に転院先の指示で日帰り入院となった。

6) 調査Bの結果のまとめ

指定入院医療機関から身体疾患の検査・治療のために転院が必要と考えられた症例は、統合失調症圏で、幻覚妄想状態を呈していた症例が多かった。精神症状や精神科的治療に起因する身体疾患は少なく、消化器疾患を中心として偶発的な身体疾患の合併が多かった。症状の急変による転院は30.0%と比較的少なく、検査や治療の予約による転院が多かった。

転院先は、精神科病棟をもつ総合病院が多いが、転院症例の60.0%は精神科病床以外に入院となっていた。他の都道府県の医療機関に転院となったものが70.0%を占めており、移送時間も比較的長く、転院までの期間も比

較的長い症例があり、転院に1週間以上かかったものが22.2%あった。

転院に関する協定が結ばれていてもそれが周知されておらず、実際の運用において支障をきたしている例もみられた。転院の際の法律的根拠、診療報酬に関しても、それぞれの指定入院医療施設での解釈が異なり、統一されていないのが現状である。

D. 考察

1. 研究方法の妥当性と限界

精神科領域における身体疾患合併症例の発生頻度を的確に把握することは困難であり、未だに十分な調査、検討ができていない。その理由は多岐にわたるが、合併する身体疾患の多様性、調査対象とする身体疾患の定義の曖昧さ、精神科を含む医療機関の分布状況の地域格差、医療機関によって差異が大きい身体疾患・精神疾患への対応能力、などがあげられる。本研究においても、これらの諸問題が十分に解決されているとはいえないが、可能な限り均一な条件下での全数に近い症例を把握するように試みた。

本研究では、指定入院医療機関10施設に実態調査を依頼し、9施設(90.0%)から回答があった。このことから、指定入院医療機関へ入院中の患者のなかで、身体疾患の検査・治療のために他院に転院となった症例のほとん