

医療観察法による遠隔地入院処遇のもたらす 指定入院医療機関の負担について

宮田 量治, 小口 芳世, 藤井 康男, 小林 幸恵

Ryoji Miyata, Yoshiyo Oguchi, Yasuo Fujii, Yukie Kobayashi :
Burden of the Designated Hospitals When They Receive Inpatients
from a Distant Place by the Medical Treatment and Supervision Act

【目的】医療観察法による遠隔地入院処遇に注目し、指定入院医療機関の入院者の帰住先、及び、帰住先への移動負担を検討した。

【対象】2008年9月30日時点で全国16カ所の指定入院医療機関に調査票を配布し、入院処遇中の対象者447名の帰住先都道府県・帰住先最寄り駅・病期・外泊の有無・外泊に際して生じた問題を調査した。

【方法】都道府県別、厚生局管轄別の指定入院病床充足率を算定した。対象を帰住先属性により「地元入院者」「地元外管内（地方厚生局管轄内）入院者（以下、管内入院者）」「管外入院者」の3群に分けて比較検討した。移動負担は、帰住先最寄り駅への所要時間・片道交通費などを帰住先属性性別、医療機関類型別に算定した。指定入院者の外泊状況と外泊に関与したスタッフによるコメントをまとめた。

【結果】指定入院病床の不足は、近畿局管内、北海道局管内で深刻であった。調査時点で入院中の対象者数が10名未満と少ない地方自治体が33府県あり、うち24府県では指定入院病床が未整備であった。対象447名中、「地元入院者」は125名(28.0%)、「管内入院者」は166名(37.1%)、「管外入院者」は145名(32.4%)だった。また、帰住先属性比率により、指定入院医療機関は3類型に分かれ、「地元型」に6施設、「管内型」に4施設、「管外型」に6施設が該当した。

対象者の移動負担(所要時間・片道交通費)は、地元入院者(1時間・735円)、管内入院者(2時間51分・5,764円)、管外入院者(4時間14分・20,565円)で大きく異なり、管外入院者では地元入院者より帰住先最寄り駅への所要時間は4.2倍、片道交通費は28.0倍であった。指定入院者の外泊は、社会復帰期の133名中、外泊経験者が79名(59.4%)あり、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ではなかった。外泊に関する問題としては「外泊計画」「外泊時の負担」「退院後地元居住施設の確保」の3点に集約された。

【考察】指定病床の不足は深刻であり、その結果、遠隔地入院が発生し医療機関の負担を生じている。解決には病床数確保が重要となるが、不足分の病床を小規模併設型病棟で、特に指定入院病床が未整備の24府県で確保した方が遠隔地入院削減には効果的である。遠隔地入院者には、地元入院者とは異なる治療戦略が必要であり、管外入院者の多い医療機関では、今後、どのような指定入院医療を展開していくかを慎重に検討すべきである。

＜索引用語＞：司法精神医学，医療観察法，指定入院医療機関，退院支援，負担＞

1. はじめに

平成 17 (2005) 年 7 月に医療観察法が施行されたが、指定入院病床の不足や偏在により指定入院対象者は、ときに、本人の居住地からはるか遠方の指定入院医療機関に入院処遇されることがあり問題となっている。指定入院医療機関が遠方にあると、家族が対象者に面会するのも、対象者が自宅や居住施設へ外出・外泊するもの容易ではない。入院後、比較的速やかに行われるべき (三澤孝夫, 2008)²⁾ 多職種による CPA 会議などもスピーディに開催できない可能性もある。つまり、遠隔地の対象者が入院すると、指定入院医療機関には、「遠隔地」に由来するさまざまな負担が生じ、対象者を含む関係者やその所属する関係機関はその負担を一様に負わなければならない。

しかし、全国の指定入院医療機関には遠隔地入院処遇される指定入院対象者がどれくらいいるのか、その実態は十分に把握されていない。本研究では、そこで、遠隔地からの入院 (すなわち、遠隔地入院) を「地方厚生局の管轄区域外への入院 (管外入院)」と規定し、指定入院対象者の帰住先に関して全国の指定入院医療機関にアンケート調査を実施した。そこで検討されたのは、指定入院対象者の帰住先都道府県と指定入院病床の整備状況、医療機関ごとの管外入院者比率、その比率をもとにした医療機関類型、帰住先最寄り駅への移動負担 (所要時間・移動距離・片道交通費・標準外泊費用) である。このような検討により、現在、本制度運用上の必然として生じている遠隔地入院の問題の一端を明らかにしたい。

2. 研究方法

1) 調査対象と方法

平成 20 (2008) 年 9 月時点で国内で認可されていたすべての指定入院医療機関に対して本研究の概要説明、及び、参加・協力を文書により依頼したところ、16 ある指定入院医療機関のすべてから調査協力が得られた。そこで、「施設調査票」と「個人調査票」の 2 種類の調査票を各医療機関担当者あてに送付し、調査票に回答を求めた。調

査票には、調査票への記入方法を説明した「評価者マニュアル」が添付された。

「施設調査票」では、施設名、平成 20 年 9 月 30 日時点 (以下、調査時点) の指定入院対象者数、施設のある都道府県名、最寄り駅の 4 項目を調査し、施設毎に作成された。また、「個人調査票」では、整理番号、調査時点の病期、帰住先の都道府県名、最寄り駅、外泊実績、外泊に関連して発生した困難 (外泊したケースのみ自由記載)、外泊していない理由 (外泊していないケースのみ 7 つの選択肢からの複数回答) の 7 項目を調査し、指定入院対象者毎に作成された。個人調査票には、個人が特定できる情報は含まれないように十分配慮され、調査事務局では後日調査票の記載内容を照会できるように患者整理番号を付けたが、整理番号と患者 ID の照会表は各医療機関内で保管するようにした。

本研究では、「帰住先」を「自宅など、対象者が退院を予定している場所」と定義した。ただし、帰住先が未定のケースでは、調査時点でもっとも適地と考えられる帰住先都道府県名を記入してもらった。また、「最寄り駅」としては、対象者の帰住先にもっとも近い公共交通機関 (JR や私鉄など鉄道等) の駅を、最寄り駅が複数ある場合は、対象者がよく利用する方の駅名を記入してもらった。離島などで空港や港しかない場合には、空港名、ないし、港名を記入してもらった。

2) 本研究に用いられた指標

指定入院対象者の帰住先都道府県データから指定入院医療機関毎に「地元入院者」、「管内入院者」、「管外入院者」の比率 (それぞれ、地元率、管内率、管外率) を算出した。このうち、「地元入院者」とは、指定入院医療機関がある同じ都道府県内に帰住先がある者であり、「地元外管内入院者 (以下、管内入院者)」とは、指定入院医療機関がある地方厚生局管轄区域内に帰住先がある者 (ただし、地元入院者を除く) であり、「管外入院者」とは、指定入院医療機関がある地方厚生局管轄区域外に帰住先がある者のことである。本

研究では、地方厚生局の管轄区域を7つ（北海道・東北・関東信越・東海北陸・近畿・中国四国・九州）として検討した。

3) 帰住先への所要時間・費用の計算方法

指定入院者の帰住先への移動負担を定量的に検討するため、経路検索サービスとしてインターネット上に公開されている「路線情報^{*1)}」を利用し、指定入院医療機関の最寄り駅と対象者の帰住先最寄り駅の2駅間移動にかかる最短時間（所要時間）、移動距離、一人当たり片道交通費を算定した。「路線情報」では、移動日・移動手段・出発時刻を入力すると、所要時間・交通費・距離が確認できる。本研究では、移動日として平日の「平成20年12月1日」、移動手段には本サービスの「初期設定（新幹線・有料特急・高速バス・空路のいずれも使用可）」、出発時刻は「指定なし」として経路検索した。また、調査票の提出が遅れた医療機関1カ所については、「路線情報」のサービスが「平成20年12月1日」の条件で利用できなかったため）仮想の移動日を平日の平成21年1月30日とし、その他の検索条件は同様にして検索した。

4) 指定入院医療機関の所在地最適化シミュレーション

本研究では、指定入院病床が充足し、遠隔地入院処遇がなくなると、現在ある帰住先への移動負担がどの程度軽減されるかをシミュレーションした。この際、指定入院医療機関の整備状況をどう描くかによってシミュレーション内容は変わることになる。今回は、都道府県立精神科病院に指定入院病床がくまなく整備され、指定入院治療は、国立ないし都道府県立の地元指定入院医療機関内で受けることが可能になった、と仮定し、医療機関所在地の最適化シミュレーションを実施した。最適化シミュレーションは、指定入院医療機関から帰住先最寄り駅への所要時間が特に長い10例

についてのみ実施した。

3. 結 果

全国に16ある指定入院医療機関すべてから本研究への協力・回答が得られ、回収された施設調査票は16、個人調査票は447であった。調査票への記載に関しては、施設調査票については、すべての項目に回答が記載されていた。

個人調査票については、対象者の帰住先都道府県・対象者の病期・外泊の有無については全医療機関から回答が得られたが、対象者の帰住先最寄り駅については、2医療機関において個人情報保護の観点から情報開示が許可されなかった。その結果、最寄り駅未記入の調査票も含めると、経路検索の検討に用いられたのは262名分のデータ(58.6%)となった。

1) 調査時点における指定入院者の帰住先都道府県、及び、所轄厚生局の指定入院病床充足率

調査時点（平成20年9月30日）で入院中の指定入院者は447名であり、急性期が101名、回復期が213名、社会復帰期が133名であった。表1の左側には、指定入院者447名の帰住先都道府県、その都道府県に整備されている指定入院病床数、及び、指定入院病床充足率をまとめた。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の都道府県では、東京都・大阪府を除くと、すべてで病床充足率が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%)がこれに次いでいた。一方、

^{*1)} Yahoo! 路線情報 (<http://transit.yahoo.co.jp/>)

表1 平成20年9月30日の指定入院対象者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	関東信越	168	149	0.89
栃木県	6	0	0.00				
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	東海北陸	51	83	1.63
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	6	0	0.00	近畿	62	5	0.08
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	中国四国	36	66	1.83
大阪府	23	5	0.22				
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	九州	60	84	1.40
岡山県	4	33	8.25				
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	未定	11	—	
高知県	3	0	0.00				
福岡県	17	0	0.00				
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	合計	447	420	
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	—					
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。

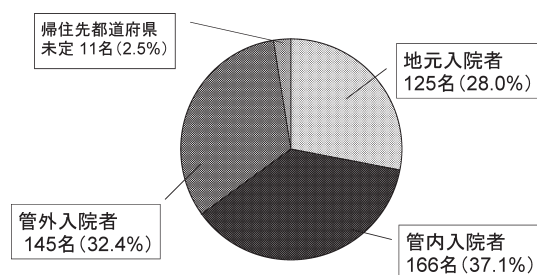


図1 平成20年9月30日に入院中の指定入院者447名の帰住先属性と比率

調査当時、指定入院者数が10名より少なく一桁にとどまった府県が33あり、この33府県へ帰住する指定入院者の合計数は148名（33.1％）であった。また、この33府県中、指定入院病床が未整備の府県は24あった。

帰住先所轄地方厚生局でみると、指定入院病床充足率は、全国7つの地方厚生局のうち、指定入院病床が充足していた（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は、ほかと比較して明らかに不足していることが確認された。

なお、本研究対象の指定入院者数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（独自の工夫などにより病床を確保して）受け入れていたり、厚生労働省令第133号「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に基づく指定入院医療機関等に関する省令の一部を改正する省令」にもとづく入院待機中の者のデータも含まれている（入院待機者も、書類上は当該指定入院医療機関に入院していることになる）ためである。本研究では、しかし、入院

待機者がどれ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。

2-1) 指定入院者の帰住先属性

指定入院者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1）。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。

2-2) 指定入院対象者の帰住先属性による指定入院医療機関の類型

地元率の高い順に16の指定入院医療機関を整理すると、表2の通りとなり、医療機関1は、地元率が100％であった。医療機関2、4、5は、地元率が50％以上あり、管外率は20％程度と抑えられていた。医療機関8、9、12、13、14では、管外率が50％以上あり、地元率は20％程度であった。医療機関11、15、16は、管内率が60％を超過し、地元率・管外率はいずれも低かった。一方、医療機関3、6、7、10は、上記したほかの医療機関ほど典型的な傾向は示さなかった。

このように、指定入院医療機関は、入院者の帰住先属性比率（地元率、管内率、管外率）により類型化され、医療機関毎に地元率・管内率・管外率のうち0.4以上となる比率に注目し、地元率が最大なら「地元型」、管内率が最大なら「管内型」、管外率が最大なら「管外型」と規定したところ、16すべての医療機関は「地元型」「管内型」「管外型」のいずれかに分類可能であった（表2）。

「地元型」は、地元率が比較的高く、管内率・管外率が比較的低い医療機関であり、6つの医療機関が該当した。医療機関2、4、5は、なかでももっとも「地元型」らしい典型的な医療機関と考えられた。医療機関1は地元率100％で、ほかの

表2 入院者の帰住先属性による全国16カ所の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	管内入院者数	管内率	管外入院者数	管外率	類型
1	4	4	4	1.00	0	0.00	0	0.00	地元
2	34	26	16	0.62	4	0.15	6	0.23	地元
3	20	20	12	0.60	0	0.00	8	0.40	地元
4	35	35	18	0.51	11	0.31	6	0.17	地元
5	33	32	16	0.50	12	0.38	4	0.13	地元
6	17	17	8	0.47	5	0.29	4	0.24	地元
7	37	36	14	0.39	18	0.50	4	0.11	管内
8	33	33	7	0.21	7	0.21	19	0.58	管外
9	19	19	4	0.21	5	0.26	10	0.53	管外
10	38	38	7	0.18	15	0.39	16	0.42	管外
11	34	33	6	0.18	21	0.64	6	0.18	管内
12	17	17	3	0.18	5	0.29	9	0.53	管外
13	40	40	4	0.10	13	0.33	23	0.58	管外
14	36	36	3	0.08	14	0.39	19	0.53	管外
15	33	33	2	0.06	21	0.64	10	0.30	管内
16	17	17	1	0.06	15	0.88	1	0.06	管内
合計	447	436	125	0.29	166	0.38	145	0.33	

医療機関の地元率を圧倒していたが、地元入院者のみで病床が運用されているのは病床数が少ないためであろう。

医療機関3は、地元率は60%と比較的高いものの、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%であった。一方、医療機関6は、地元率が47%と比較的低く、管内率、管外率は同程度あり、どの帰住先比率も比較的接近していたが、地元率が高いため地元型に分類した。

「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、11、15、16の4つの医療機関がこれに分類された。例えば、医療機関16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入院していなかった。

「管外型」は、地元率・管内率が低く、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10を除く5つの医療機関では、管外率が50%を超えていた。医療機関10の管外率は42%とやや低く、管内率39%と僅差であったが、定義上、管外型に分類した。

3-1) 指定入院医療機関最寄り駅から指定入院者の帰住先最寄り駅への所要時間

指定入院者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2のように、最頻値は「2時間以内（1時間は超えるが2時間以内には最寄り駅へ到着）」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。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、最寄り駅からの帰住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。

3-2) 帰住先属性による移動負担

指定入院者の帰住先属性による平均的な移動負担は、表3のように算定された。表中の4つの移動負担指標（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

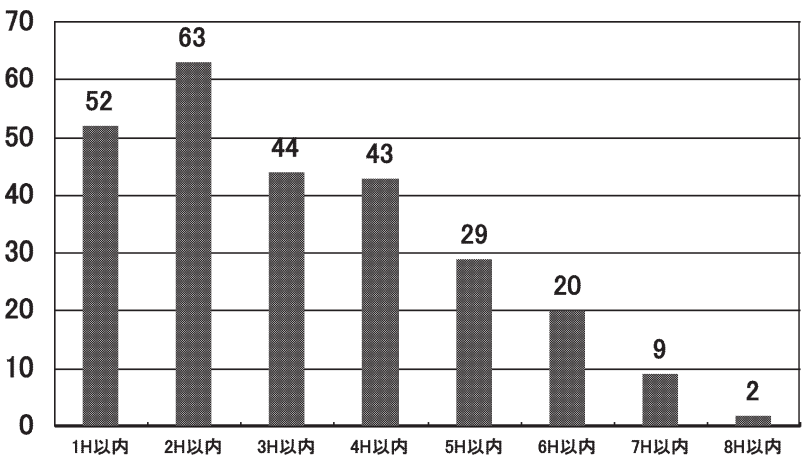


図2 公共交通機関を利用した場合の指定入院医療機関最寄り駅から指定入院者の帰宅先最寄り駅への所要時間分布（調査時、帰宅先最寄り駅が特定された262名）

表3 指定入院対象者の帰宅先属性による移動負担

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

標準外泊費用は、職員2名付き添いの上、1泊2日した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、1泊5,000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。

は大きくなる。地元入院者87名の平均値では、帰宅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、標準外泊費用は4,410円しかかからない。しかし、管内になると、管内入院者99名の平均値で、2時間51分、165.3km、5,764円、44,584円と増加し、管外では、管外入院者76名の平均値で、4時間14分、694.6km、20,565円、133,390円へと飛躍的に増大する。

「標準外泊費用」は、指定入院者1名に職員2名が付き添う（職員2名の付き添いは「入院処遇ガイドライン」により規定されている）1泊2日の外泊を行った場合にかかる推計費用のことで、片道交通費を6倍し、スタッフ2名の宿泊費（1名1泊当たり5,000円）を加算した費用であり、人件費は含まれない。また、地元入院者について

は、スタッフが現地のビジネスホテルに宿泊しなくとも自宅オンコールで対応可能なため、宿泊費用は計上しなかった。管外入院者の標準宿泊費用が突出しており、管外入院者1名の1泊2日の外泊訓練には平均133,390円かかることは驚きである。

3-3) 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による移動負担について上記と同様の検討を行ったところ、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、管内型、及び、管外型では、帰宅先への所要時間が平均3時間以上かかっており、最長は、医療機関9の4時間26分だった（表4）。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、特に医療機関7（管内型）や医療機関13（管外型）では、地元型に匹敵する程の移動負担であ

表 4 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	地元率	管内率	管外率	指定入院者数	最寄り駅 記載あり	所要時間	移動距離	片道交通費	標準外泊費用
1	地元	1.00	0.00	0.00	4	4	1:08	42.8	860	5,160
2	地元	0.62	0.15	0.23	34	20	1:22	79.6	2,659	18,951
3	地元	0.60	0.00	0.40	20	20	1:30	550.5	11,532	72,689
4	地元	0.51	0.31	0.17	35	35	1:43	162.8	4,825	33,806
5	地元	0.50	0.38	0.13	33	12	2:02	173.5	5,376	37,255
6	地元	0.47	0.29	0.24	17	15	2:51	347.1	10,289	67,069
小計					143	106(74.1%)	1:47	243.0	6,367	42,356
7	管内	0.39	0.50	0.11	37	19	2:08	156.0	4,025	30,464
11	管内	0.18	0.64	0.18	34	21	4:04	290.6	9,279	64,243
15	管内	0.06	0.64	0.30	33	20	3:00	298.4	11,394	77,364
16	管内	0.06	0.88	0.06	17	12	3:25	254.7	7,589	55,535
小計					121	72(59.5%)	3:09	251.3	8,198	57,522
8	管外	0.21	0.21	0.58	33	0	—	—	—	—
9	管外	0.21	0.26	0.53	19	17	4:26	610.4	18,312	117,521
10	管外	0.18	0.39	0.42	38	26	4:05	371.4	15,002	98,860
12	管外	0.18	0.29	0.53	17	16	2:45	189.4	4,764	36,708
13	管外	0.10	0.33	0.58	40	25	1:58	193.1	6,187	45,923
14	管外	0.08	0.39	0.53	36	0	—	—	—	—
小計					183	84(45.9%)	3:16	332.1	11,098	75,043

った。

3-4) 指定入院医療機関の所在地最適化シミュレーション

帰宅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 835.9 km から 72.7 % 減少して 228.4 km 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 5)。

本シミュレーションでは、帰宅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、帰宅先が北海道内にある 5 例では、道立病院に指定入院病床が開設されたとしても、広大な北海道内の移動負担はなお大きいことが改めて確認された。

4) 社会復帰期入院対象者の外泊有無とスタッフの外泊負担

447 名のうち、外泊が許可されうる社会復帰期

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ではなく、表 6 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。

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、「外泊計画」「外泊負担」「地元居住施設の確保」「その他」に関してコメントが寄せられた。このうち「外泊計画」に関するコメントには「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」「援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」「帰宅予定地が遠方であり、繰り返し行うことが困難である。地元の施設などを見学する場合も、時間やその範囲

表5 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			地元都道府県立病院→帰住先最寄り駅		
		所要時間	移動距離(km)	片道交通費(円)	所要時間	移動距離(km)	片道交通費(円)
10	北海道	7:58	1245.6	41,830	6:44	457.4	13,120
11	青森県	7:47	1028.0	39,450	2:13	39.4	740
16	北海道	6:57	1261.2	28,860	5:23	358.8	11,170
10	北海道	6:45	392.5	10,250	6:57	461.9	12,880
11	青森県	6:45	1006.7	38,780	0:00	0.0	0
9	宮崎県	6:43	487.7	25,070	2:02	46.4	1,080
10	北海道	6:39	394.3	10,270	6:41	456.9	13,120
9	栃木県	6:37	1221.2	31,870	1:58	56.2	3,160
10	北海道	6:33	612.6	28,200	6:24	313.2	8,380
9	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

表6 社会復帰期の指定入院者133名の外泊実績と帰住先属性

	あり	なし
外泊	79 (59.4)	54 (40.6)
地元入院者	22 (27.8)	22 (40.7)
管内入院者	36 (45.6)	18 (33.3)
管外入院者	20 (25.3)	12 (22.2)
帰住先未定	1 (1.3)	2 (3.7)

が限られてしまう」などがあった。「外泊負担」に関するコメントには「対象者の身体的な負担が大きい」「移動の疲れもあってか、合併症が再発した」「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」などがあった。また、「地元居住施設の確保」に関しては「受け入れ先の見通しが立つまでに時間がかかった」「受け入れ施設が医療観察法の理解に乏しい」などがあった。「その他」としては「外泊してみて初めて自宅の様子がわかった。実際に住むにはかなりの手入れが必要であった」「キーパーソンがいない」「社会復帰調整官や退院後の関係機関との日程調整に苦慮した」「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」などがあった。

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、「(スタッフの確保など)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。また「近日中に外泊の予定がある」が17名(34.7%)であった。

4. 考 察

本研究によって、指定入院医療機関が遠隔地処遇の指定入院者を受けることによって、医療機関側には過大な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。平成20年9月30日時点の全国の指定入院医療機関入院処遇中の指定入院対象者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8,13)では0.58と約6割にも及んでいた。

医療観察法で提供される指定入院医療は「入院処遇ガイドライン」にもとづいて行われており、外泊は、指定入院医療開始後、急性期医療(3ヶ月)、回復期医療(9ヶ月)に続く入院治療の第3

期・社会復帰期(6ヶ月)に移行してはじめて可能となる。指定入院医療機関で外泊を実施する際には、事前に綿密な外泊計画が立てられることはもちろん、指定入院者の外泊先にはスタッフ2名が同行し、夜間緊急時の対応が行えるように外泊先でも終日待機することが原則である。ただし、外泊費用は入院者の入院費用(国費)からまかなわれるため、個人負担は生じない。しかし、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、家族などの移動負担が大きいということである。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隔地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対象者はほぼ自動的に管外入院となり、その結果、他地域の指定入院医療機関の負担を生じている。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、北海道で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数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を含んでいる。表3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なっていた。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。しかし、将来、入院先を選択できるほど指定入院病床が確保された場合、管内の医療機関ではなく管外の医療機関を用いた方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1に示したように指定入院対象者が9名以下しか入院処遇されていない地方自治体が全国に33府県もあり、そのなかで指定入院病床が未整備の府県が24も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は高まり、結果として、遠隔地入院は相当数、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床の独立型病棟の設置は難しくても、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。厚生労働省の算定による指定入院病床必要数は796床であり、仮に、33床の独立型病棟のみにより病床が整備されたとすると、指定入院医療機関数は20を少し超えた程度にしかならず、結果として、地元指定入院医療機関のない道府県が30近く発生することになる。そのような地域では、指定入院医療機関偏在の弊害を恒久的に受けることになるであろう。小規格併設型病棟は、このような医療機関の不足や偏在の問題への解決方法のひとつともなると考えられる。

指定入院医療機関の指定入院病床数が少ないと、入院対象者は地元入院者中心の構成になり(例えば、医療機関1)、「地元型」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円しかかからず、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。

大阪府精神医療センターに開設された日本初の小規格併設型病棟は、33床の独立型病棟を含む新病棟が竣工するまでの暫定的な病棟として平成19年9月から運用が開始されたものであるが、5床の指定入院病床は、帰住先が大阪府内にある対象者の転入院によりたちまち満床となった。しかし、指定入院してきた対象者はいずれも「地元」

患者であり、地域機関との連携や外泊などの退院前準備作業はスムーズに進行し、地元の言葉や文化（その象徴としての大阪弁）によるスタッフとのコミュニケーションも対象者には心安らぐものがあるらしく、退院実績もあがっている（奥山修，籠本孝雄，2009）³⁾。

本研究では、指定入院者の帰住先属性の比率（すなわち、「地元率」、「管内率」、「管外率」）により、指定入院医療機関を「地元型」「管内型」「管外型」の3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4）。管内型と管外型の移動負担が近接したのは、複合的な要因によると考えられる。つまり、管内型の医療機関7は、管内率に比較して比較的地元率が高く、移動負担は地元型に匹敵するほど少なかったが、2つの管内型医療機関は、管内率が高い上、管外率も比較的高く（医療機関11、及び、15）、移動負担が増大したと考えられた。一方、管外型の医療機関のなかにも「地元型医療機関」に匹敵する程、移動負担の少ない医療機関が含まれ（医療機関13）、管外型の移動負担を押し下げている。この医療機関がユニークな点は、地元率が10%ときわめて低いにもかかわらず移動負担が小さいということである。交通至便な場所に位置し、隣の管轄区域に近接しており、管外へのアクセスが例外的に容易に行えるからである。

いずれにしても、本研究により、指定入院医療機関が表2に示したような3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いであろう。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、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おらず、移動負担をともなう退院支援に十分な機動力を発揮することは容易ではない。指定入院医療機関を退院しても直ちに地元の精神科病院へ（精神保健福祉法により）転入院させ退院支援を

改めて実施するなど、地元の医療機関だのみに傾く治療戦略が増えるかもしれない。

本研究では、指定入院者を「地元入院者」「管内入院者」「管外入院者」の3群に分けて検討を行ったが、これら3群の帰住先属性について、われわれがどのような見解を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などに「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などに「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のくらい受けるのかなどを精密に検討し、医療観察法による指定入院医療の質がどの指定入院者でも同じ程度に保証されていることを示して行くことが大切になると思われる。

われわれは、遠隔地入院の対象者であれば、地

域移行の最終仕上げは、(精神保健福祉法による入院により) 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。指定入院者の退院には、地方裁判所への申し立てにより「退院許可」を得ることが必要となる。つまり、医療観察法第 49 条第 1 項の規定により、指定入院医療機関の管理者は、入院対象者について入院を継続させて本法による医療を行う必要があると認めることができなくなった場合に、保護観察所の長の意見を付して、退院の申し立てを行う。地方裁判所による「退院許可決定」が下されると、指定入院者はようやく退院となるが(必要な例には)「入院によらない医療(指定通院医療)」がさらに開始され、指定通院医療機関で通例 3 年間(ただし 5 年間まで延長可)の通院医療が継続される。指定入院医療機関と帰住先の指定通院医療機関は、指定入院者が通院治療へ移行するプロセスで密接な連携を必要とすることは当然であろう。

しかし、遠隔地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など)を行うことは現実的には難しいケースもある。遠隔地であることは、家族や関係者との心理的距離を生じたり、生の情報を得ることも難しい。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、そうだとすると、余り楽観的に帰住先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、通院処遇となった対象者を指定入院医療機関退院後直ちに地元の指定通院医療機関に転入院させたものの、当初の計画が頓挫し、地域移行に失敗して長期入院を余儀なくされるケースもあるかもしれない。指定入院者の遠隔地入院については、指定入院途中でも帰住先により近い指定入院医療機関への転院を積極的行った方がよいのかなど、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(藤井龍一ら, 2007)¹⁾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、指定入院医療機関から別の指定通院医療機関に通院先が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住先への移動負担についての調査であるが、指定入院医療機関によっては、鉄道などを使用せず、公用車などにより外出・外泊対応しているケースもあると思われる。例えば、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」と帰住先が沖縄本島内にある対象者の帰住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、帰住先への所要時間・移動距離・片道交通費などはすべて「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、地域の特異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「帰住先」に着目したことがユニークな点だと思われる。指定入院医療機関が対象者の帰住先の近くにあるかどうかという視点は、対象者や家族のニーズにより近い視点と言える。そのニーズに対して指定入院病床充足率を確認することには臨床的意義が大きいと考えられる。しかし、指定入院対象者の出身地と帰住先とは、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すべきであろう。

5. ま と め

本研究では、14 床以下の小規格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、有効な方法について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。

ご多忙の中、本研究へご協力いただいた以下の指定入院医療機関の担当の先生方、ならびに各医療機関スタッフの皆様にはこの場を借りて深く感謝申し上げます。

本研究へ協力いただいた指定入院医療機関担当者一覧
奥山 修（大阪府立精神医療センター）
界外 啓行（国立病院機構神原病院）
桂木 正一（国立病院機構菊池病院）
川本 孝憲（国立病院機構さいがた病院）
来住 由樹（岡山県精神科医療センター）
村杉 謙次（国立病院機構小諸高原病院）
照屋 初枝（国立病院機構琉球病院）
中嶋 正人（国立病院機構花巻病院）
中根 潤（国立病院機構下総精神医療センター）
西岡 直也（国立病院機構久里浜アルコール症センター）

西谷 博則（国立病院機構肥前精神医療センター）
林田健太郎（長崎県立精神医療センター）
平林 直次（国立精神・神経センター病院）
前田 佳織（国立病院機構北陸病院）
山口 博之（国立病院機構賀茂精神医療センター）
吉岡 真吾（国立病院機構東尾張病院）

本研究は、平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究（中島班）」を受けて行われた。

文 献

- 1) 藤井龍一，山本暢朋，中根 潤ほか：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
- 2) 三澤孝夫：退院援助・地域調整と CPA 会議の実際．精神科看護，187；29-33，2008
- 3) 奥山 修，籠本孝雄：大阪府立精神医療センターにおける小規模併設型指定入院医療機関の運用．小規模病棟の適正運用に関する研究（分担研究者：藤井康男）厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）医療観察法による医療提供のあり方に関する研究．平成 20 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：中島豊爾），2009

Burden of the Designated Hospitals When They Receive Inpatients from a Distant Place by the Medical Treatment and Supervision Act

Ryoji MIYATA, Yoshiyo OGUCHI, Yasuo FUJII, Yukie KOBAYASHI

Yamanashi Prefectural Kita Hospital

Objective: The current Medical Treatment and Supervision Act places a burden on designated psychiatric hospitals with forensic wards. We aimed to clarify the rate of discharge beyond the jurisdictional catchment area, for which overnight training becomes quite cost-ineffective, as hospital staff must accompany the patients home.

Subjects: On September 30, 2008, there were 16 designated hospitals in Japan, and 447 inpatients in these hospitals. They were the subjects of this study.

Method: We collected information on the 447 subjects regarding the postdischarge

administrative division, the nearest railway station to the postdischarge residential location, “treatment stage”, “overnight training” at the postdischarge residential location, and trouble during “overnight training”.

We analyzed the collected data using the “designated bed sufficiency ratio”. We divided the 447 subjects into three groups: 1) Home inpatient group (home group); the administrative division of his/her postdischarge residential area is the same administrative division as the designated hospital. 2) Inpatient within a jurisdiction group (within group); the administrative division of his/her postdischarge residential area is not the same as the designated hospital but is in any administrative division within a jurisdiction of the Japanese Regional Bureau of Health and Welfare. 3) Inpatient outside a jurisdiction group (outside group); the administrative division of his/her postdischarge residential area is not the same as the designated hospital but is any administrative division outside a jurisdiction of the Japanese Regional Bureau of Health and Welfare. We compared: 1) the time required to travel to the railway station nearest the postdischarge residential location (time required), 2) traveling expenses, and 3) the distance from the railway station nearest the designated hospital to that of the postdischarge residential location (distance) between the three groups. We also analyzed staff comments regarding “overnight training”.

Results: The lack of designated beds was a serious problem in two jurisdictions of Kinki and the Hokkaido Regional Bureau of Health and Welfare, with a “designated bed sufficient ratio” of 0.08 and 0.00, respectively. Twenty-four Japanese administrative divisions had no designated beds, while 37 administrative divisions had less than 10 inpatients at the time of the survey.

The numbers of people in the “home group”, “within group”, and “outside group” were 125 (28.0%), 166 (37.1%), and 145 (32.4%), respectively. The “time required”, traveling expenses, and distance were 1: 00, ¥735, and 29.8 km in the “home group”, 2: 51, ¥5,764, and 165.3 km in the “within group”, and 4: 14, ¥20,565, and 694.6 km in the “outside group”.

Seventy-nine (59.4%) of 133 subjects who were at the “return to community stage” had already experienced “overnight training”. No difference was found in the rate of “overnight training” between the “home group”, “within group”, and “outside group”. Staff comments included difficulties in providing staff for “overnight training”, responsibilities during “overnight training”, and difficulties in finding places of residence in the inpatients’ hometowns.

Discussion: Because of the lack and maldistribution of designated beds in Japan, many patients are reluctantly admitted to designated hospitals far from their postdischarge residential areas, burdening not only hospital staff but also families and the inpatients themselves. Increasing the number of designated beds will solve this problem. An effective way would be to set up a ward with a small-scale designated unit (less than 15 beds) in the 24 administrative divisions where there are no designated beds at present.

<Authors’ abstract>

<Key words: forensic psychiatry, Medical Treatment and Supervision Act, designated hospital for inpatients, burden, postdischarge residential area>