

厚生労働科学研究費補助金

(障害者政策総合研究事業)

精神保健医療福祉を取り巻く環境に係る中長期的な  
変化等を見据えた精神保健医療福祉提供体制の構築  
を推進するための研究

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 黒田 直明

令和8 (2026)年 5月

## 目 次

I. 総括研究報告	
精神保健医療福祉を取り巻く環境に係る中長期的な変化等を見据えた精神保健 医療福祉提供体制の構築を推進するための研究 -----	1
黒田直明	
II. 分担研究報告	
1. 630調査の記述分析による精神病床の利用状況と機能 —在院日数による区分の有用性と限界について— -----	5
黒田直明	
2. 精神医療の地域医療構想への統合に向けた実証的研究 —有床総合病院精神科が担う機能に関する分析— -----	15
藤井千代	
3. 精神病床における病床機能報告の予備的検討 -----	51
黒田直明	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	58
IV. 倫理審査等報告書の写し -----	59

精神保健医療福祉を取り巻く環境に係る中長期的な変化等を見据えた  
精神保健医療福祉提供体制の構築を推進するための研究

研究代表者：黒田直明（国立精神・神経医療研究センター 公共精神健康医療研究部）

研究要旨：本研究は、2040年を見据えた新たな地域医療構想への精神医療の位置づけという政策的転換期において、精神保健医療福祉提供体制の構築に資する基礎的知見の整理を目的とする3年計画研究の初年度として実施した。新たな地域医療構想に精神医療を組み込む方針が2024年12月に示されたものの、精神医療分野の詳細は改正法成立後に具体化される方針となったため、初年度は制度的前提条件が流動的な状況のもと、現行データを活用した基盤的分析と概念整理に重点を置いた。

2つの分担研究で3つの調査研究を実施した。第1に、精神病床の機能についてStructure-Process-Outcome(SPO)モデルの視点から整理し、最新の630調査データを用いて記述をこころみた。在院日数の3区分(3か月未満・3か月以上1年未満・1年以上)で時間軸による機能発現の変化を概ね可視化できることを確認したが、現実の精神病床は多機能的であり在院人数による単純な区分に収まらない複雑性も確認された。第2に、有床総合病院精神科(有床GHP)の入院患者729名の分析から、有床GHPの機能として①精神身体合併症対応、②地域生活継続支援、③精神科救急・危機介入の3軸が示唆され、地域医療構想における機能要件を検討する上での視点として提示された。第3に、地域医療構想で精神病床においても実施される見込みである病床機能報告制度の報告事項について、630調査との整合を踏まえた予備的な項目検討を行い、追加・修正が考えられる項目の候補を整理した。

#### A. 研究の背景と目的

我が国の精神保健医療福祉は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念のもと、長期にわたる政策的変革の途上にある。精神障害を有する者が地域で安心して暮らせる「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が推進される一方で、急速な少子高齢化を背景に、精神疾患と身体疾患の併存患者の増加や高齢精神障害者・認知症患者への対応が喫緊の課題となっている。

こうした状況の中、2040年を見据えた新たな地域医療構想に精神医療を位置づけることが決定され、令和7年12月に「医療法等の一部を改正する法律」が成立した。この制度的変化により、精神医療と一般医療の連携を基盤とした医療提供体制の構築が政策課題として位置づけられ、地域ごとの精神保健医療福祉の中長期的な提供体制を検討するための基礎資料の整備が求められるよう

になった。

本研究班は、この政策動向を踏まえて令和7年4月に3年計画で発足した。ただし、精神医療の地域医療構想への位置づけに係る制度的枠組みの具体的内容は医療法改正後に順次具体化される方針であったため、初年度は制度的前提条件が流動的な状況のもとでの研究となった。このような状況を踏まえ、本年度は現行データを用いた基盤的分析と概念整理等に重点を置き、次年度以降の調査・分析に向けた知見の整理を図ることを主たる目的とした。

具体的には、①精神病床の機能や区分に関する予備的整理、②有床総合病院精神科が地域において担う機能の実証的把握、③病床機能報告制度への精神病床の組み込みを想定した調査項目の予備的検討、の3つの研究を実施した。

## B. 方法

研究 1：630 調査の記述分析による精神病床の利用状況と機能（黒田分担）

精神病棟の機能を Donabedian の Structure-Process-Outcome (SPO) モデルに基づき整理した。ストラクチャを病棟の人的・制度的基盤、プロセスを実際に提供される医療・ケアの密度、アウトカムを退院等の帰結として位置づけ、令和 7 年度 630 調査（令和 7 年 6 月 30 日時点、回答率 96.8%）の集計データを用いて記述的分析を行った。ストラクチャ指標として病棟入院料（20 種類）、プロセス指標として隔離・身体的拘束の指示のある患者割合、アウトカム指標として在宅および施設退院の月間発生率・退院者実数を設定し、在院日数を「3 か月未満」「3 か月以上 1 年未満」「1 年以上」の 3 区分で検討した。

研究 2：有床総合病院精神科が担う機能に関する分析（藤井分担）

2025 年 9 月から 11 月に全国 10 の有床総合病院精神科（有床 GHP）を退院した患者（N=729）を対象に、診療録から診断、身体合併症の有無、入院目的、入院経路、有床 GHP 必要度（「非必須群」「相対的必要群」「代替困難群」の 3 カテゴリ）、入院形態、在院日数、退院後の転帰等を収集した。記述統計、有床 GHP 必要度別・入院経路別・入院形態別のクロス集計（ $\chi^2$  検定・Fisher 検定・分散分析）、および潜在クラス分析（AIC・BIC によるクラス数決定）を実施した。

研究 3：精神病床における病床機能報告の予備的検討（黒田分担）

令和 7 年 12 月の医療法改正により精神病床が地域医療構想に位置づけられたことを踏まえ、精神病床を病床機能報告制度に組み込む場合を想定した予備的検討を行った。

「令和 6 年度病床機能報告 報告様式 1【病院】」の①基本票、②施設票、③病棟票を基礎資料とし、630 調査との重複が想定される項目を中心に、追加・修正・継続収集の観点から項目ごとに整理した。対象項目は基本情報、

設置主体、職員数、承認状況、救急体制、医療機器、病床機能、入院料、患者状況、リハビリテーション等とした。

## C. 結果

研究 1：精神病床の機能区分に関する記述分析

令和 7 年度 630 調査による精神病床の許可病床数は 301,660 床（人口 10 万人あたり 244 床）、入院者合計は 247,808 人（同 200 人）であった。在院日数別では 3 か月未満が 57,354 人（23.1%）、3 か月以上 1 年未満が 45,464 人（18.3%）、1 年以上が 144,987 人（58.5%）であり、長期在院者が過半数を占めた。

在院日数と機能指標の関係をみると、行動制限患者割合は在院 1 か月未満で 15.6%と最高値を示し、3 か月までに 9.5%に低下、1 年以上では約 6%で横ばいとなった。在宅退院の月間発生率は入院後 1～3 か月をピークに急速低下し、1 年以上では著しく緩慢となった。施設退院発生率のピークは 3～6 か月とやや遅れて出現した。

病棟ストラクチャ別には、特定機能病院・10 対 1 入院基本料病棟で退院発生率が最高値を示し、急性期系特定入院料病棟がこれに続いた。一方、退院者実数では 15 対 1 入院基本料病棟が最大であり、精神療養病棟においても措置入院者を一定数受け入れているなど、慢性期系病棟が多機能を担っている実態が確認された。

研究 2：有床総合病院精神科の機能分析

対象者（N=729）の平均年齢は 52.73 歳、GAF 平均 30.06 点、在院日数中央値 36 日であった。身体合併症を有する患者が 61.2%を占め、有床 GHP 必要度は非必須群 36.8%、相対的必要群 29.4%、代替困難群 33.9%であった。入院形態は任意 48.6%、医療保護 47.2%、措置 4.0%で、退院後の転帰は自宅退院が 71.6%であった。

潜在クラス分析では 3 クラスが抽出された。第 1 クラス（n=235）は気分障害・神経症性障

害を中心とし、GAF が相対的に高く（平均 37.43 点）在院日数が短い（中央値 26 日）任意入院群で、非必須群が 55.7%を占めた。第 2 クラス（n=341）は身体合併症を有する患者が 92.4%を占め、重症身体リスク管理目的の入院が 44.9%、代替困難群が 64.8%に及んだ。第 3 クラス（n=153）は GAF が最低（平均 23.69 点）で在院日数が最長（中央値 70 日）の重症群であり、医療保護・措置入院が大多数を占め、非必須群が 88.9%であった。

研究 3：病床機能報告への精神病床組み込みに係る予備的検討

既存の病床機能報告様式との対照検討の結果、基本情報の多くは既存項目を変更せず利用可能と判断された。一方、「病棟コード・病棟名」への精神病床区分の追加、施設票への「精神保健福祉法関連項目」に係る大項目の新設（指定病床・精神科拠点機能・精神科救急医療体制等）、医療機器項目への mECT 機器の追加、病棟票への精神科入院料・精神科地域包括ケア病棟入院料・精神科リハビリテーション関連項目の追加の必要性が示唆された。職員数等、収集負担が大きく問い合わせが多発している項目については、630 調査での継続収集が現実的と考えられた。

#### D. 考察

研究 1 では、在院日数という時間軸が SPO モデルの各要素と概ね対応しており、急性期・包括期・慢性期という機能区分が実態の一面を反映していることが示唆された。しかし同時に、長期在院患者の中にも高い医療・看護ニーズを有する者が一定数存在すること、15 対 1 入院基本料病棟や精神療養病棟といった慢性期系病棟が退院者実数において地域精神医療を量的に支えていること、措置入院者が急性期系以外の病棟でも広く受け入れられていること等、精神病床の多機能性・複合性が示された。こうした結果は、精神病床の機能の評価にあたっては、病棟入院料や在院日数をひとつの目安としつつも医

療・福祉資源の実態を踏まえた地域ごとの検討の重要性をあらためて示している。

研究 2 が示した有床 GHP の 3 機能軸（①精神身体合併症への対応・②地域生活との連続性を保つ短期入院・③精神科救急・危機介入）は、有床 GHP 固有の特性にとどまらず、地域の精神医療提供体制が備えるべき機能要件を検討する上での視点として捉え直すことができる。代替困難機能（第 1 軸）については、精神科病院からの紹介患者の 85.9%に身体合併症が認められ、有床 GHP が単科精神科病院の後方支援的役割を担っている側面が示された。2002 年から 2022 年にかけて有床 GHP の病床数が 43%減少している状況の中で、この機能の確保策を地域医療構想の枠組みの中でどのように検討するかは、今後の重要な論点の一つである。

研究 3 は、制度的インフラの整備という観点からの実践的意義をもつ。病床機能報告と 630 調査の項目整合は、医療機関の報告負担軽減と行政の効率的なデータ収集の双方にとって重要であり、本研究が整理した予備的な項目案は今後の制度設計議論における基礎資料となり得る。

次年度以降は、次年度以降に具体化される制度枠組みを踏まえながら、二次データ分析ならびに医療機関・自治体等に対する実態把握調査を推進し、精神医療を新たな地域医療構想に位置づけるための政策立案に資する研究を進める予定である。

#### 文献

なし

#### E. 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

別紙4

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 : 該当なし

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌 : 該当なし

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

厚生労働大臣 殿

機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者対策総合研究事業
2. 研究課題名 精神保健医療福祉を取り巻く環境に係る中長期的な変化等を見据えた精神保健医療福祉提供体制の構築を推進するための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 公共精神健康医療研究部 ・ 部長  
(氏名・フリガナ) 黒田 直明 ・ クロダ ナオアキ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 30 日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
—(国立保健医療科学院長) —

国立研究開発法人  
機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神保健医療福祉を取り巻く環境に係る中長期的な変化等を見据えた精神保健医療福祉提供体制の構築を推進するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部長  
(氏名・フリガナ) 藤井 千代 ・ フジイ チョ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立健康危機管理研究機構	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

## 630 調査の記述分析による精神病床の利用状況と機能 —在院日数による区分の有用性と限界について—

研究代表者：黒田直明（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者：伊東千絵子（奈良県精神保健福祉センター）、臼田謙太郎（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、木村大（医療法人学術会 木村病院）、佐久間寛之（さいがた医療センター）、田中裕記（独立行政法人国立病院機構 九州医療センター）、野田龍也（関西医科大学メディカルデータサイエンス講座）、藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、三宅美智（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

**【背景と目的】**本研究は、2040年を見据えた新たな地域医療構想に精神医療を位置づける政策動向を背景として、精神病棟の機能区分を理論的・実証的に再整理することを目的に実施した。研究開始時点では、精神医療に関する制度設計が法改正前で流動的であり、検討会等で示された方向性を踏まえながら分析枠組みを構築した。特に、急性期・包括期・慢性期という機能区分について、在院日数との関連を含めて再検討する必要性に着目した。

**【方法】**精神病棟の機能を Donabedian の Structure–Process–Outcome (SPO) モデルに基づき整理した。ストラクチャを病棟の人的・制度的基盤、プロセスを実際に提供される医療・ケア、アウトカムを退院等の結果として位置づけ、これらが在院日数とともにどのように変化するかを、令和7年度630調査を用いて記述的に分析した。ストラクチャ指標として病棟入院料、プロセス指標として隔離・身体的拘束の指示のある患者割合、アウトカム指標として在宅および施設退院の発生率および退院者数を設定し、在院日数を「3か月未満」「3か月以上1年未満」「1年以上」の3区分で検討した。**【結果】**在院日数の経過に伴い病棟機能が段階的に変化することが示唆された。3か月未満では行動制限割合と退院発生率が高く、緊急・高密度医療と早期退院支援が中心的役割を担っていた。3か月以上1年未満では退院発生率は低下するものの、在宅・施設退院が継続的に生じており、包括的支援機能が維持されていた。1年以上では退院発生率が著しく低下し、長期療養機能が中心となっていた。一方で、長期在院群でも一定の割合で行動制限の指示のある患者が在院しており、単純な在院日数のみでは機能を一義的に規定できないことが示唆された。また、病棟ストラクチャ別には、特定機能病院や急性期系特定入院料病棟で退院発生率が高い一方、15対1入院基本料病棟や精神療養病棟では退院発生率は低いものの、退院者実数は大きく、地域精神医療を量的に支えている実態が確認された。慢性期系病棟においても措置入院者を受け入れているなど、現実の精神病床は単一機能ではなく、多機能的役割を担っていることが示された。**【結語】**精神病床の機能を検討する際には、在院日数による時間軸に加え、病棟ストラクチャ、地域資源、患者特性を統合的に捉える視点が必要であることが示唆された。今後の地域医療構想においては、精神病床削減の量的議論にとどまらず、地域精神保健医療福祉体制全体との機能分担や代替サービス整備との均衡を踏まえた検討が求められる。

は一般医療だけでなく精神医療を位置づけることが適当であるとの方針が 2024 年 12 月に示されたり。本研究班はこの政策動向を踏まえて公募され、2025 年 4 月に 3 年計画で発足したものである。その後、同構想の精神医療に関する制度枠組みについては医療法改正後に具体化する方針<sup>2)</sup>となり、研究初年度は研究の前提条件が流動的な状況であった（改正法は 2025 年 12 月に成立）。本年度の研究で参照できる政策オリエンテーションは「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」報告書<sup>1)</sup>、および「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」（以下、「検討会」）で示された論点等<sup>3)</sup>に限定された。

今後の論点として様々なものが予想されるが、精神病床・病棟の機能や区分の再確認は必須事項と目される。地域医療構想を実効性あるものにしていくには、継続的に収集・利用できる地域レベルの医療実態データと関連付けて管理することが必要である。精神医療分野では 630 調査が毎年悉皆的に実施されており、NDB や他のデータとあわせて精神保健福祉資料や ReMHRAD として公開され、都道府県等における医療計画や精神保健医療福祉施策の計画策定・進捗把握の基礎資料として活用されている。医療計画等の管理に活用されている。

そこで本報告では、630 調査データを用いて精神病床の機能や区分を体系的に把握し直すことを試みる。最初に地域医療構想における精神病床の病床機能について理論的な枠組みから整理をした上で、それらの機能と在院日数、病棟種類（入院料）の関連について予備的分析を行い、精神医療分野における地域医療構想議論に資する考察を行うことを目的とする。在院日数の区分点については、我が国の精神医療政策における従来の整理<sup>1)</sup>（3 か月未満、3 か月以上 1 年未満、1 年以上を踏襲して仮定し、その妥当性と限界について

考察する。

## B.方法

### 1. 病床機能の概念的枠組み

病床機能（病棟機能）は地域医療構想の中核概念である。一般病床における病床機能報告制度（医療法施行規則第 30 条の 33 の 2）では、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の 4 区分が定義されている（表 1）。これらの概念定義は、（1）患者の病期、（2）目指す結果（早期安定化・退院・在宅復帰）、（3）提供される医療内容という三要素によって特徴づけられている。

【表 1】2025 年に向けた地域医療構想における病床機能区分（医療法施行規則第 30 条の 33 の 2）

病床機能	定義
高度急性期	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療またはリハビリテーションを提供する機能
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

本報告では、これらの要素を Donabedian の Structure（構造）–Process（治療過程）–Outcome（結果）で整理する（以下、SPO モデル）。SPO モデルは医療サービスの質を評価する枠組みとして学術的・政策的に広く活用されており、医療計画の精神分野評価指標もこれに沿った整理がなされている。適切なストラクチャが適切なプロセスを生み出し、適切なプロセスが良いアウトカムをもたらす可能性を高めるとされる。病床機能の概念要素に対応させると、提供される医療内容がプロセス、目指す結果がアウトカムに相当し、病床機能報告の報告内容がストラクチャに該当する。

地域医療構想の病床機能の区分における特徴は、この SPO モデルに入院後の治療フェーズあるいは在院日数という時間軸が組み込まれている点である。入院後の経過時間に伴い患者の状態像が変化し、それに応じて目指すアウトカムと提供すべきプロセスが段階的に変化し、必要なストラクチャも変わるといった考え方が内包されている。本報告ではストラクチャを「機能の潜在能力」、プロセス

を「機能の発現」、アウトカムを「機能発現の結果」として位置づけ、これらが在院日数とどのように関連しているかを記述的に把握することを目指す。

## 2. 630 調査を用いた指標化

630 調査は、精神病床を有する医療機関等を対象とした悉皆調査であり、今回用いる令和 7 年度調査（令和 7 年 6 月 30 日時点調査）の回答率は 96.8%であった。同調査は病棟単位の集計データであるため、観察されるのは病棟の機能となる。これは本調査の方法論的限界であると同時に、病棟単位でストラクチャの要件設定がなされている精神医療の診療報酬制度の限界ともいえる。

各指標は以下の方針で設定した。

### a. 病棟ストラクチャ

人員体制や設備面の基盤であり、医師、看護師、多職種の配置などを規定している診療報酬上の入院料でカテゴリー化することができると仮定した。630 調査が集計している 20 種類の病棟入院料を分析対象とした。

### b. プロセス

隔離または身体的拘束の指示を受けている患者数を在院患者数で除した割合を、急性・緊急的精神医療の提供密度の代理指標として用いた。行動制限を受けている患者が多い病棟では高い観察密度と安全管理を伴うケアが提供されていると仮定することは、先行研究から一定の支持は得られる。<sup>4)</sup>ただし、行動制限は患者重症度のみならず病院・病棟の運営構造とも関連し、この仮定には方法論的限界があることについては考察で述べる。

### c. アウトカム

在宅退院（独居・家族同居・グループホーム）と施設等への退院（障害福祉施設・介護施設。その他の施設）をアウトカムとし、在院者 100 人あたりの月間退院発生率（すなわちアウトカム発生速度）と 1 か月の退院者実数（規模を反映した総量）の 2 指標を作成した。月間退院発生率は、6 月 30 日時点の在

院者数を分母とし、6 月 1 か月間の退院者数を分子として在院者 100 人に標準化した。

分析上の在院日数区分については、3 か月未満・3 か月以上 1 年未満・1 年以上の 3 区分を設定した。

## 3. 倫理的配慮

本研究は公開されている統計資料・公表データを用いた二次解析であり、個人を識別可能な情報を取り扱わないため、研究倫理審査の対象には該当しない。

## C. 結果／進捗

### 1. 入院者数の全体像

令和 7 年度 630 調査による精神病床の許可病床数は 301,660 床（人口 10 万人あたり 244 床）であり、入院者合計は 247,808 人（同 200 人）であった。在院日数別では、3 か月未満が 57,354 人（23.1%、人口 10 万あたり 46.4 人）、3 か月以上 1 年未満が 45,464 人（18.3%、同 36.8 人）、1 年以上が 144,987 人（58.5%、同 117.3 人）であり、長期在院者が過半数を占めた。

在院日数 3 か月未満の 57,354 人の病棟内訳をみると、急性期系の 3 特定入院料（精神科救急急性期医療入院料・精神科救急・合併症入院料・精神科急性期治療病棟入院料）が 22,290 人（38.9%）、15 対 1 入院基本料が 17,290 人（30.1%）、認知症治療病棟入院料が 6,260 人（10.9%）、精神療養病棟入院料が 5,272 人（9.2%）であった。特に緊急性が高いと考えられる措置入院者は 1,448 人で、その内訳では、急性期系 3 特定入院料が 927 人（64.0%）を占めた一方、15 対 1 入院基本料にも 394 人（27.2%）、精神療養病棟入院料にも 66 人（4.6%）が入院しており、急性期系病棟以外でも広く受け入れが行われている実態が確認された。

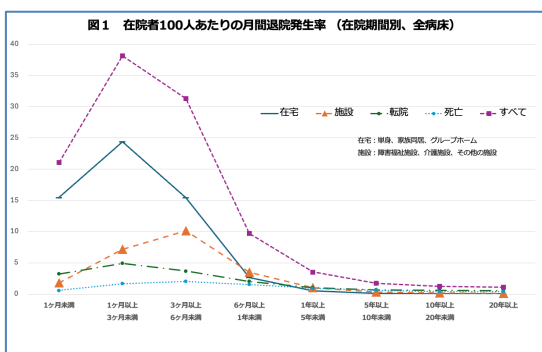
在院日数 1 年以上の 144,987 人の内訳は、精神療養病棟入院料が 60,643 人（41.8%）、15 対 1 入院基本料が 54,632 人（37.7%）、

認知症治療病棟入院料が 19,175 人

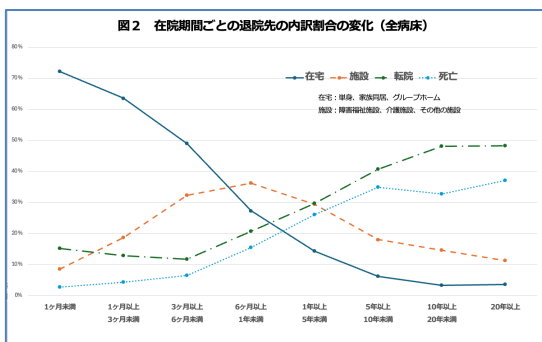
(13.2%) であり、この 3 病棟種で 92.7% を占めていた。

## 2. 在院日数と機能指標の関係

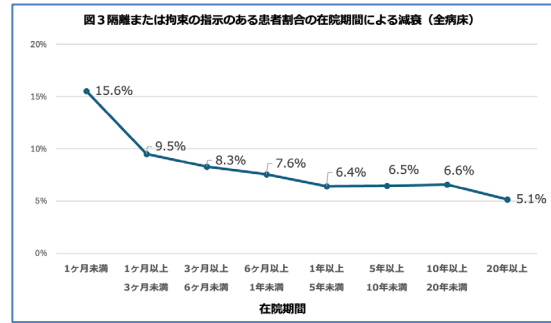
在宅・施設・転院・死亡の月間退院発生率を在院日数区分ごとに図示したのが図 1 である。在宅退院の発生率は、入院後 1~3 か月をピークとして、以降急速に低下し、在院 1 年以上以降は在宅退院の発生率は著しく緩慢となっている。施設等への退院発生率のピークは 3~6 か月と在宅退院発生率のピークよりやや遅れて現れている。



在院期間時点ごとの退院先の内訳割合 (図 2) をみると、時間とともに在宅退院割合が減少、転院・死亡割合が増加し、在院約 1 年の時点で前者と後者の割合が逆転していた。施設退院の割合は入院後徐々に増加して 6 か月~1 年で最も高くなり、その後減少する山型の分布を示した。

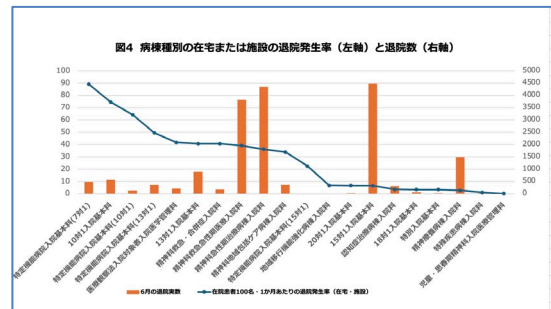


隔離または拘束の指示のある患者の割合 (図 3) は、在院 1 か月未満が最も高く (15.6%)、在院 3 か月までに 9.5% まで低下する。その後、在院 1 年までの間にさらに緩やかに低下を続け、1 年以上では約 6% で横ばいとなっている。

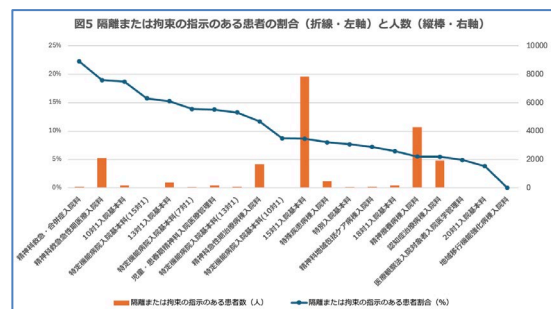


## 3. 病棟ストラクチャと機能指標

在宅および施設への退院の月間退院発生率は、特定機能病院と 10 対 1 入院基本料病棟で最も高く、急性期系の特定入院料病棟がこれに続き、15 対 1 入院基本料病棟・精神療養病棟では低値であった。一方、退院者実数でみると、最も多くの在宅退院者を産み出しているのは 15 対 1 入院基本料病棟であり、精神科急性期治療病棟入院料・精神科救急性期医療入院料・精神療養病棟がこれに続いた。



行動制限を受けている患者割合は病棟タイプごとに 5~20% の広い範囲で分布しており、精神科救急・合併症入院料・精神科救急性期医療入院料・特定機能病院で高値を示した。医療観察法病棟では 4.9% (身体的拘束は 1%) と低水準であった。



## D. 考察

### 1. 在院日数が示す機能的変容

本分析の結果は、在院日数の経過に伴って精神科病棟で発揮される機能が段階的に変容することを示している。在院1か月未満から3か月未満（急性期相当）では行動制限割合が高く、退院発生率が最大であり、緊急・高密度医療（プロセス）と早期退院（アウトカム）が主として機能する時期である。在院3か月以上1年未満（回復期・包括期相当）では退院発生率が漸減するが、依然として在宅・施設への退院が継続的に生み出されており、退院に向けた積極的支援が継続して提供されている時期と解釈できる。行動制限割合も在院1年以上よりも少し高く、緊急・高密度医療（プロセス）が一部継続している過渡的な状態であるといえる。

在院1年以上（慢性期相当）になると退院発生率は著しく低下し、退院者の絶対数も漸減する。これは多様な機能や役割を有する精神病床を全体としてみた場合には、1年を超えた段階から退院というアウトカムが産みだされにくいことを実態として示している。これは過去の研究においても繰り返し指摘されている。<sup>5)</sup>

在院日数の3区分（3か月未満、3か月以上1年未満、1年以上）は、行動制限割合・退院発生率の分布と概ね整合的であり、機能区分の時間軸として一定の妥当性が確認された。ただし、個々の患者に求められるプロセスと想定されるアウトカムは在院日数だけでは規定されず、患者の病状、病棟ストラクチャとの相互作用を含む異質性が存在する点を留保する必要がある。日本の精神病棟で実施された個々の患者の臨床特性とケアコスト（看護負担）を **Case Mix Index (CMI)** として数値化して患者分類を行うケースミックス研究<sup>6)</sup>においては、集団平均としては在院日数が長くなるほど **CMI** が低下する、本研究結果と一致する傾向が確認されているが、個別事例としては在院3か月以上の患者でも高い **CMI** を有する事例が観察されてい

る。今回の研究でも、長期在院者の中にも5%程度は行動制限の指示を受けている患者がおり、在院1年以上でも高い看護負担が推定される患者が現在も一定数入院していると考えられる。在院日数の長い患者が多数入院しているストラクチャ密度の低い病棟（15対1入院基本料病棟や精神療養病棟など）においては、少数の高看護負担患者による負担は相対的に大きくなる。

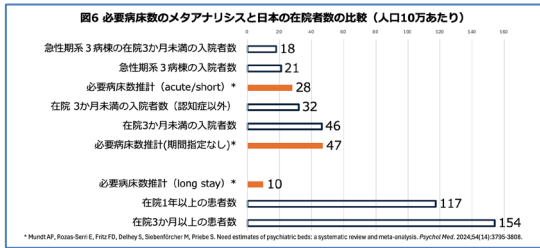
### 2. 病棟ストラクチャと機能の多様性

在宅または施設への退院発生率の観点から我が国の精神病棟は大きく3群に分類できる可能性がある。第1群は特定機能病院を中心とする超高速度退院病棟群、第2群は急性期系特定入院料を中心とする高速度退院病棟群、第3群は15対1入院基本料病棟・精神療養病棟・認知症治療病棟を中心とする低速度退院病棟群である。退院者の実数規模を支えているのは高速度退院病棟群と低速度退院病棟群となる。

在宅または施設への退院者実数が最も多いのは15対1入院基本料病棟である。これは同病棟が長期在院者を多く抱えつつも絶対的規模が大きいことによる。また、精神療養病棟においても措置入院者が一定数存在するなど、慢性期病棟と分類されているストラクチャが現実には多機能を担っている。したがってこういった低速度退院病棟群の機能の特徴づけるのは、その時点で果たしているプロセス機能やアウトカム機能の内訳・分布である。これは地域における精神病床の量や精神病床以外の外来精神医療、障害福祉、地域精神保健、高齢者介護福祉の状況によって差が大きいものと考えられ、地域ごとの検討に意義がある。

### 3. 国際比較からの示唆

我が国の在院日数別の精神病床入院者数を、精神病床の必要量推計に関するメタ解析結果<sup>8)</sup>と比較してみたい。



まず、在院1年以上の患者数（人口10万あたり117.3人）はlong stay（在院日数による定義はされていない）を想定した海外での必要推計値（同10床）を大きく上回る。一方、在院3か月未満の患者数（同45.1人）は、在院期間の指定のない必要病床数推計値（47床）と近接した値であることは興味深い。しかしながら、精神病床数の国際比較には根本的限界がある。精神病床の必要量を推定する手法として、疫学データやサービス実績に基づく実証的アプローチ

（empirical population approach）、条件の類似した地域や国を参照する規範的アプローチ（normative approach）、専門家コンセンサスによるアプローチ（expert consensus）があるが、いずれにも長短があり一定の合意は存在しない。精神病床の必要量に関して普遍的な国際基準を設定することは困難であり、各国の歴史的・社会的背景および医療・福祉制度の構造を踏まえた国ごとの検討が求められる。<sup>9)</sup>

海外では精神病床数を減らす政策が進められ、2000年代以降は必要推計量を実際の病床数が下回る国が多くなり、新たな課題も報告されている。<sup>10)</sup>1年以上の長期在院者については、高齢化・認知症・身体合併症が進行し、精神病床が療養・看取りの場としても機能している実態を直視する必要がある。

#### 4. 本分析の限界

行動制限の指示のある患者割合をプロセス指標として用いたことの限界がある。行動制限は看護負担やケア密度を一定程度反映すると考えることはできる。国内の精神病床でのケースミックス研究<sup>7)</sup>の結果においても、

在院1か月未満のケースミックスインデックス（CMI：看護負荷量の平均を1とした指標）は、隔離あり群で2.61（隔離なし群1.33）、拘束あり群で3.34（拘束なし群1.15）と、行動制限を受けている患者では高値を示しており、本分析の仮定に一定の根拠を与えている。しかしながら行動制限量は、患者重症度のみならず病院・病棟の運営構造・文化的要因とも関連するため<sup>11)</sup>、解釈には慎重さが求められる。

630調査の集計表のみに依拠したため、慢性期のプロセス機能や退院以外のアウトカムの可視化が困難であった点も限界である。

本分析は横断的集計データに基づくものであり、在院日数ごとの機能を記述するにあたって定常状態を仮定している。実際には過去の入院者と現在の入院者コホートの臨床状態や治療は均質ではなく、精神科医療の構造変化や診断・治療水準の変化が経時的に生じているため、この仮定には限界がある。

病棟ストラクチャごとに層別化して、在院期間によるプロセスやアウトカムを算出する分析は実施できていない。知見の精緻化には病棟ストラクチャで層別化した分析が必要である。

#### 5. 結語

本研究は、630調査を用いて精神病床の機能をストラクチャ・プロセス・アウトカムおよび在院日数の観点から整理を試み、急性期・包括期・慢性期という機能概念が一定程度実態と整合していることを示した。一方で、現実の精神病床は多機能的であり、長期在院者の中にも高い医療看護ニーズを有する患者が存在することから、単純な病床機能区分のみでは十分に把握できない複雑性が存在する。今後は、地域ごとの医療・福祉資源との関係性を含めた分析を進め、精神医療を新たな地域医療構想にどのように位置づけるかについて、実証的データに基づく検討を深化させる必要がある。

## 文献

- 1) 厚生労働省：新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム。新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等について。2024年12月3日。
- 2) 厚生労働省：地域医療構想及び医療計画等に関する検討会。第1回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会及びワーキンググループの議論の進め方等について。2025年7月24日。
- 3) 厚生労働省：精神病床等に関する検討会。精神病床等に関する検討会最終まとめ。2004年8月6日
- 4) Dye S, Brown S, Chhina N. Seclusion and restraint usage in seven English psychiatric intensive care units (PICUs). *Journal of Psychiatric Intensive Care*. 2009;5(2):69-79
- 5) 藤田利治, 竹島正. 精神障害者の入院後の退院曲線と長期在院にかかわるリスク要因についての患者調査に基づく検討. *精神神経学雑誌*. 108 巻 9 号, 891-905, 2006
- 6) 山内慶太、精神医療における新しい支払い方式に関する基礎的研究－ケースミックス分類の開発. *病院管理* 34(2)、155-167、1997
- 7) 山内慶太. 臨床像とケアのコストに対応した評価手法の確立. H23 年度厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野障害者対策総合研究「精神障害者の重症度に応じた評価手法の開発に関する研究」
- 8) Mundt AP, Rozas-Serri E, Fritz FD, Delhey S, Siebenförcher M, Priebe S. Need estimates of psychiatric beds: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2024;54(14):3795-3808
- 9) Seita A. Why psychiatric bed capacity varies widely: Strategic questions on global mental health. *PLoS Med*. 2025;22(10):e1004761
- 10) Mundt AP, Delhey Langerfeldt S, Rozas Serri E, Siebenförcher M, Priebe S. Expert Arguments for Trends of Psychiatric Bed Numbers: A Systematic Review of Qualitative Data. *Front Psychiatry*. 2021;12:745247. Published 2021 Dec 24. doi:10.3389/fpsy.2021.745247
- 11) Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(9):889-897

## E.健康危険情報

なし

## F.研究発表

### 1.論文発表

なし

### 2.学会発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1.特許取得

なし

### 2.実用新案登録

なし

### 3.その他

なし

【表1】2025年に向けた地域医療構想における病床機能区分（医療法施行規則第30条の33の2）

病床機能	定義
高度急性期	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療またはリハビリテーションを提供する機能
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

図1 在院者100人あたりの月間退院発生率（在院期間別、全病床）

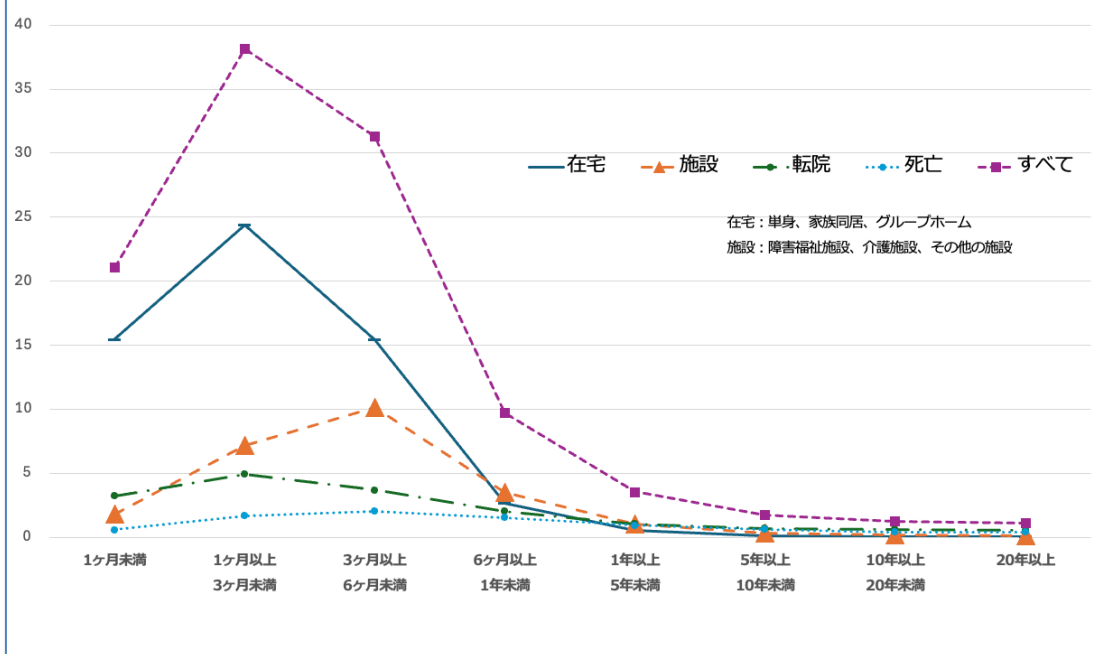


図2 在院期間ごとの退院先の内訳割合の変化（全病床）

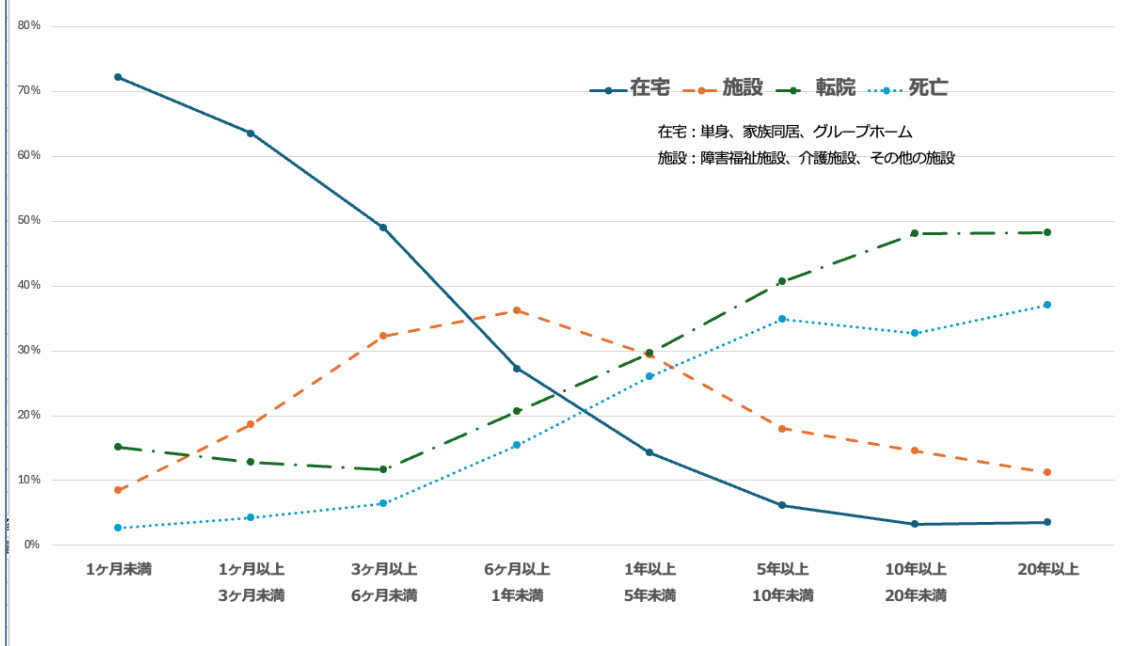


図3 隔離または拘束の指示のある患者割合の在院期間による減衰（全病床）

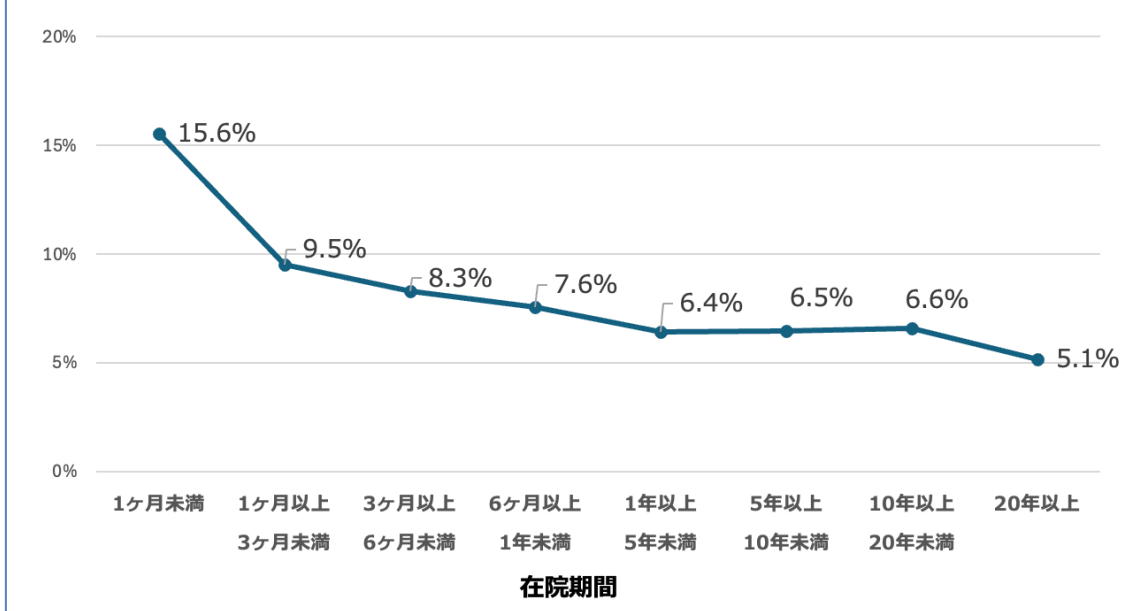


図4 病棟種別の在宅または施設の退院発生率（左軸）と退院数（右軸）

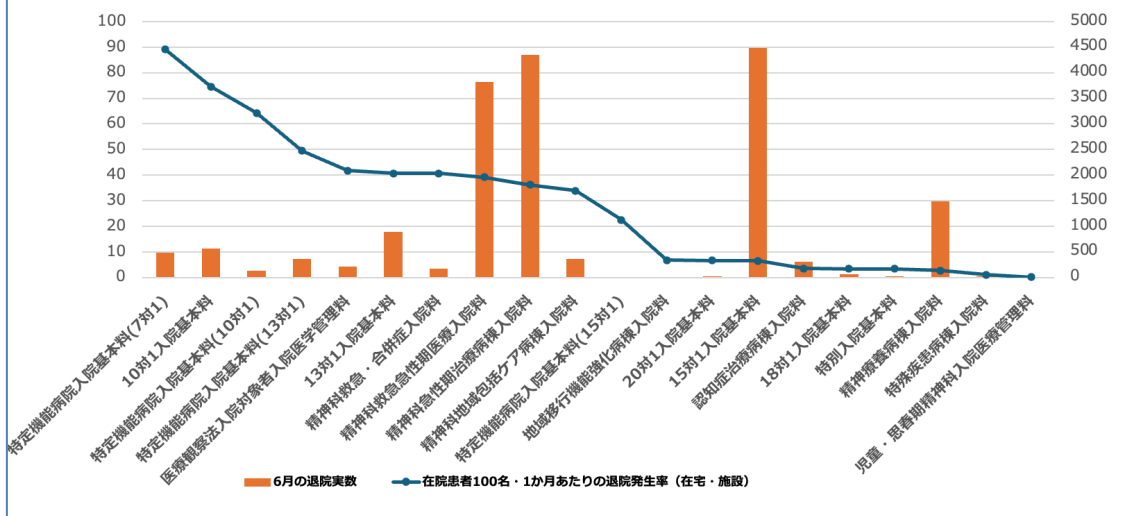


図5 隔離または拘束の指示のある患者の割合（折線・左軸）と人数（縦棒・右軸）

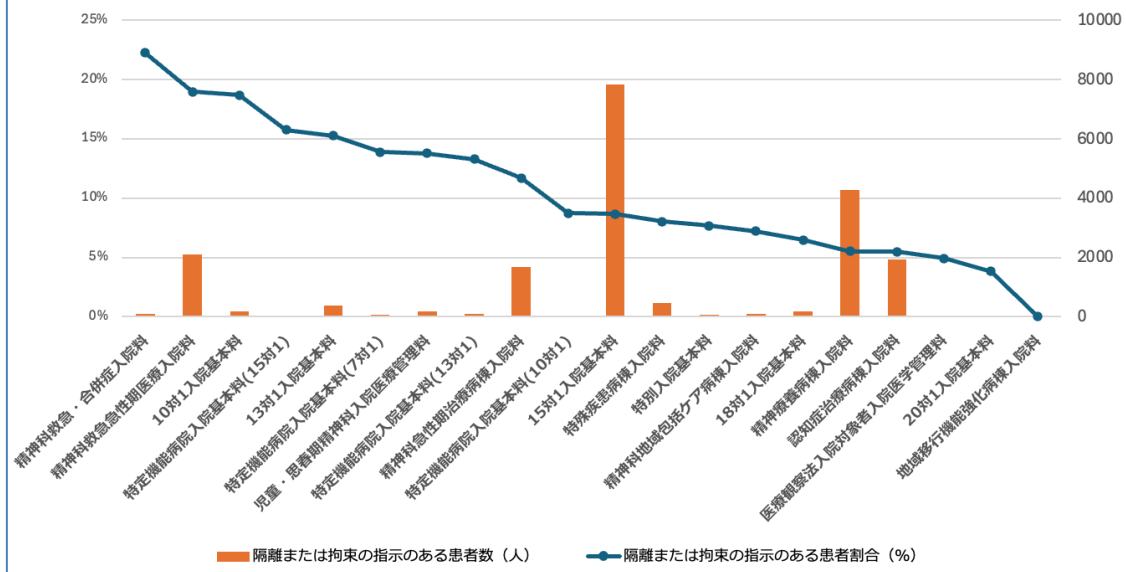
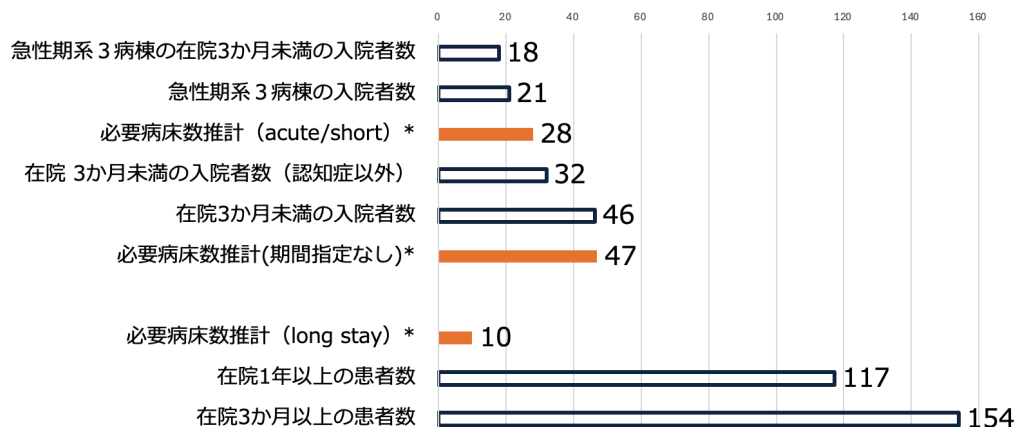


図6 必要病床数のメタアナリシスと日本の在院者数の比較（人口10万あたり）



\* Mundt AP, Rozas-Serri E, Fritz FD, Delhey S, Siebenförcher M, Priebe S. Need estimates of psychiatric beds: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2024;54(14):3795-3808.

## 精神医療の地域医療構想への統合に向けた実証的研究 —有床総合病院精神科が担う機能に関する分析—

研究分担者：藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者：伊東千絵子（奈良県精神保健福祉センター）、臼田謙太郎（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、木村 大（医療法人学而会 木村病院）、佐久間寛之（さいがた医療センター）、佐竹直子（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）、田中裕記（独立行政法人国立病院機構 九州医療センター）、野田龍也（関西医科大学メディカルデータサイエンス講座）、羽田彩子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、三宅美智（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

要旨：2025年12月の医療法改正により精神医療が地域医療構想に位置づけられ、精神医療と一般医療の連携を基盤とした医療提供体制の構築が求められることとなった。有床総合病院精神科（以下、有床GHP）は精神身体合併症対応・精神科救急・高度専門治療など多様な機能を担う一方、近年病床数の減少が課題となっている。本研究では、2025年9月から11月に10の有床GHPを退院した患者（N=729）を対象に、診断・身体合併症の有無・入院目的・入院経路・有床GHPの必要度・退院後の転帰等を診療録から収集した。有床GHPの必要度は「有床GHPでなくても良い」（非必須群）・「有床GHPが良い」（相対的必要群）・「有床GHPでなければならない」（代替困難群）の3カテゴリで評価した。必要度別・入院経路別のクロス集計および潜在クラス分析を行い、有床GHPが担う機能を多角的に検討した。対象者の61.2%に身体合併症を認め、代替困難群が33.9%を占めた。潜在クラス分析では3クラスが抽出された。第1クラス（n=235）は気分障害・神経症性障害を中心とし、GAFが高く在院日数が短い任意入院群であった。第2クラス（n=341）は身体合併症を有する患者が92.4%を占め、重症身体リスク管理目的の入院が44.9%、代替困難群が64.8%に及んだ。第3クラス（n=153）はGAFが最も低く在院日数が長い重症群で、医療保護入院・措置入院が大多数を占め、非必須群が88.9%であった。分析結果を統合すると、有床GHPの機能は①精神身体合併症への対応（代替困難機能）、②地域生活との連続性を保つ短期入院（地域生活継続支援機能）、③精神科救急・危機介入体制における受け皿機能の3軸として捉えられる。これらは有床GHPの特性にとどまらず、地域の精神医療提供体制が備えるべき機能要件として捉え直すことができる。精神医療を組み入れた地域医療構想においては、この3軸が構想区域内でどの程度確保されているかを把握した上で、単科精神科病院・精神科診療所・有床GHP・無床GHP等の各医療機関の役割分担と連携・協働の体制を構築していくことが求められる。

### A. 研究の背景と目的

我が国の医療提供体制は、急速な少子高齢化と医療需要構造の変化を背景に、2040年を見据えた「新たな地域医療構想」のもとで

大きな転換期を迎えている。従来の病床数を中心とした需給調整に加え、医療機関が担う機能や役割に着目した機能分化・連携を進めることが重視されるようになっており、その

中で、2025年12月の医療法改正に伴い精神医療が地域医療構想に位置づけられたことは、重要な制度的変化である。

新たな地域医療構想では、2040年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護・障害福祉との連携等を含む医療提供体制全体を対象とする方向性が示されている。これまで精神医療政策は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念のもと、精神病床の適正化・機能分化、地域移行・地域生活支援の強化を図り、近年では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が進められてきた。2040年を見据えると、精神病床における入院患者の高齢化、入院患者像や疾病構造の変化、身体合併症を有する精神疾患患者の増加などにより、精神医療と一般医療を切り離して医療提供体制を検討することは困難になっている。厚生労働省が実施した「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」報告書においても、精神医療を新たな地域医療構想に位置づけることにより、身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応において、精神医療と一般医療との連携を推進することが期待されると報告されている。

精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者（精神身体合併症患者）への対応のあり方としては、単科の精神科病院と一般病院との連携による診療体制の構築、単科の精神科病院に身体科医師が勤務する体制、精神病床を持たない一般病院における精神科によるコンサルテーション・リエゾン活動など、複数の形態が考えられる。これらはいずれも重要な選択肢であり、地域の特性や医療資源に応じた活用が求められる。一方で、総合病院が精神科外来診療機能や病床を有することにより、精神身体合併症に対して一体的・継続的な医療を提供できる体制も、地域医療構想が志向する医療提供体制の一形態として位置づけ得る。

このような背景のもと、いわゆる総合病院精神科（General Hospital Psychiatry: GHP）は、精神科救急、精神身体合併症対応、自殺企図患者への初期対応、周産期や高齢者に対する精神医療、院内外のコンサルテーション・リエゾン活動など、多様な役割を担ってきた。過去の研究でも、総合病院精神科は、有床・無床の違いや救急・身体合併症対応などの機能により類型化され、そのニーズは、精神科救急・急性期、身体合併症・身体管理、mECT、クロザピン、摂食障害、周産期、緩和ケア、コンサルテーション・リエゾンなど多岐にわたることが示されている。とりわけ有床総合病院精神科（有床GHP）は、急性期医療、身体合併症対応、精神科専門治療、退院支援等にまたがる機能を担う医療資源として、地域医療構想が重視する医療機関機能の明確化や機能分化・連携の議論と高い関連性を有している。

しかしながら、我が国においては総合病院における精神科病床の減少や人材不足が長年指摘されており、近年、特に有床総合病院精神科の病床数の減少が深刻な状況である。これまでの研究により、GHPが担う機能の多様性や、有床・無床の違いによる役割の違い、地域医療や院内での貢献等が明らかになりつつあるが、地域医療構想において有床GHPをどのように位置づけるかを検討するためには、実際にどのような患者が有床GHPに入院しているのかを明らかにする必要がある。

本研究では、今年度は、精神医療が地域医療構想に位置づけられたという政策的背景を踏まえ、精神身体合併症への対応の重要な担い手のひとつである有床GHPに焦点を当てる。複数の有床GHPを退院した患者の診療録情報を用いて、患者像、入院経路、有床総合病院精神科の必要度、退院後の転帰等进行分析し、地域医療構想における有床総合病院精神科の機能と政策的意義を検討することとする。

## B.方法

**対象者**：2025年9月～11月中に有床総合病院精神科（以降、有床GHPとする）の精神科病棟を退院した者

**評価項目**：診断名、ICDによる診断分類、年齢、性別、身体合併症の有無、身体合併症の病名、入院の目的、入院経路、入院形態、退院時点の在院日数、入院時のGAF得点、退院後の転機

**研究対象者の登録期間**：2025年9月1日～11月30日

**手続き**：研究協力機関となった各医療機関において、研究協力機関の診療記録検索システムを用い、適格性を満たす患者を抽出、適格性基準を満たした患者の診療記録から、情報を抽出した。電子媒体の調査票にはICDによる診断分類、年齢、性別、身体合併症の有無、入院の目的（1: 精神科症候急性増悪、2: 行動化、3: 軽度身体リスク管理、4: 重症身体リスク管理、5: 治療抵抗性、6: 鑑別診断、7: 器質性精神障害、8: 保護・管理、9: 環境調整・休息、10: 薬物調整、11: その他にカテゴリ化して選択）、有床GHPの必要度（1: 有床GHPでなくても良い、2: 有床GHPが良い、3: 有床GHPでなければならない、の3カテゴリで評価）、入院経路（14の経路にカテゴリ化、表1を参照）、入院形態（1: 任意、2: 医療保護、3: 措置、4: その他から選択）、退院時点の在院日数、入院時のGAF得点および退院後の転機を変数として数値化して入力した。収集したデータを用いて、総合病院精神科の入院患者の状態像について分析した。

**倫理的配慮**：本研究は、国立健康危機管理研究機構の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：JIHS-S-005090-00）

### 統計解析／分析方法：

#### 1) 記述統計

得られたデータ全体の記述統計、頻度、割合（%）を算出した。

2) ①有床GHPの必要度別、②入院形態別、③入院経路別のケースの特徴についての検討

①有床GHPの必要度、②入院形態、③入院経路について次のように分析・検討した。

① 有床GHPの必要度：有床GHPの必要度は「有床GHPでなくても良い」（以下、非必須群）、「有床GHPが良い」（以下、相対的必要群）、「有床GHPでなければならない」（以下、代替困難群）の3つのカテゴリで評価した。カテゴリ別に、「年齢」、「GAF」の平均値と標準偏差を算出し、一元配置分散分析を行った。一元配置分散分析で、有意差が認められた場合には、Tukey post hoc test でカテゴリ間の比較をした。「在院日数」については正規分布ではないため、Kruskal-Wallis 検定を行いDunn's test を行った。そのほかの変数については、クロス集計し、有床GHPの必要度の3つのカテゴリ別に、 $\chi^2$  検定またはFisher の直接検定で分布を検討した。

② 入院経路：入院経路については「5: 精神科病院から紹介」「6: 精神科診療所から紹介」「7: 診療所（精神科以外）から紹介」「8: 救命救急センターから救急要請」「9: 精神科救急システムからの要請」「10: 行政（警察・保健所など）」「11: 23条通報」「12: 24条通報」のカテゴリ別に、「年齢」、「GAF」の平均値と標準偏差、「在院日数」の中央値を算出した。そのほかの変数についてはクロス集計した。

③ 入院形態：「任意」「医療保護」「措置」「その他」のカテゴリ別に、①有床GHPの必要度の検討と同様に、一元配置分散分析、Kruskal-Wallis 検定、 $\chi^2$  検定またはFisher の直接検定で分布を検討した。

#### 3) 潜在クラス分析

ICD診断カテゴリ、性別、入院目的、身体合併症の有無、入院形態、必要度をクラス

分類の変数に投入し、潜在クラス分析をおこなった。潜在クラス分析のクラス数は、AIC、BICを参照し、決定した。得られたクラスの割り当てで、クラスごとの差異をその特徴を検討した。年齢、GAFについてはクラスごとに平均値と標準偏差を算出し、一元配置分散分析を行い、有意差がある場合はTukey post hoc testで比較した。在院日数については、Kruskal-Wallis検定を行い、Dunn's testでクラスごとの比較を行った。ICD診断カテゴリ、性別、身体合併症の有無、入院目的、有床GHPの必要度、入院経路、退院後の転帰についてはクロス集計を行い、 $\chi^2$ 検定またはFisherの直接検定で分布を検討した。

なお、多重比較のため、有意水準を0.1% ( $p < 0.001$ )と設定した。

### C.結果／進捗

10の有床GHPから調査協力を得て、研究対象の選定基準に該当する  $N = 729$  の対象の情報を収集した。

#### 1) 記述統計

対象者 ( $N = 729$ ) の年齢は平均 52.73 歳、GAF は平均 30.06 点であった。在院日数は、中央値 (四分位範囲) が 36 (15-76) 日で、最大 1037 日であった。ICD の診断カテゴリについては、「F2: 統合失調症, 統合失調型障害及び妄想性障害」のケースが 205 (28.1%) と最も多く、次いで、「F3: 気分 (感情) 障害」が 201 (27.60%) と多かった。合併症の有無については「合併症あり」のケースが 446 で 61.20% を占めた。入院目的は「精神科症候急性増悪」のケースが 187 (25.7%) と最も多く、次いで、「重症身体リスク管理」のケースが 153 (21.00%) であった。有床 GHP の必要度については、「非必須群」と判断されたケースは 268 (36.80%)、「相対的必要群」と判断されたケースが 214 (29.40%)、「代替困難群」と判断されたケースは 247 (33.90%) であっ

た。入院経路については、「精神科病院から紹介」されたケースが 64 (8.80%)、「精神科診療所から紹介」されたケースが 73

(10.00%)、「診療所 (精神科以外) から紹介」されたケースが 23 (3.20%)、「救命救急センターからの救急要請」のケースが 71 (9.70%)、「精神科救急システムからの要請」のケースが 14 (1.90%)、「行政 (警察・保健所など) からの要請」のケースが 20 (2.70%)、「23 条通報」「24 条通報」のケースがそれぞれ 4 (0.50%) であった。入院形態は、「任意入院」が 354 ケースで全体の 48.6% を占めており、次いで、「医療保護入院」が 344 で全体の 47.2%、「措置入院」は 29 で全体の 4% であった。退院後の転帰は、「自宅へ退院」するケースが 522 と最も多く、71.6% を占めた (表 1)。

2) ①有床 GHP の必要度、②入院経路、③入院形態別のケースの特徴についての検討

①有床 GHP の必要度別のケースの特徴：有床 GHP の必要度の 3 つのカテゴリ間では、GAF、身体合併症の有無、入院目的が有意に異なっていた。

「非必須群」と判断された 268 (全体の 36.8%) のケースについては、GAF の平均が 31.69 点で最も高く、「合併症あり」のケースが 87 で 32.5% にとどまった。「重症身体リスク管理」目的の入院は 1 ケースのみ (0.4%) で、「精神科症候急性増悪」、「行動化」の加療目的の入院が多く、それぞれ、109 ケース (40.7%)、65 ケース (24.3%) であった。入院形態は、「任意入院」が最も多く 131 (48.9%) 次いで「医療保護入院」は 117 (43.7%) であった。退院後の転帰は「自宅へ退院」したケースが 208 で 77.6% を占めていた。

「相対的必要群」と判断された 214 (全体の 29.4%) のケースについては、GAF の平均が 31.43 点で「非必須群」と判断されたケースとの有意差はなかった。「合併症あり」のケースが 149 で 69.6% を占

めているものの、入院目的においては「重症身体リスク管理目的」の入院ケースが 33 (15.4%) にとどまり、「精神科症候急性増悪」の加療目的での入院が 47 (22.0%) であった。「任意入院」のケースは 118 (55.1%)、「医療保護入院」のケースが 90 (42.1%)、退院後の転帰は「自宅へ退院」したケースが 161 (75.2%)に及んだ。

「代替困難群」と判断された 247 (全体の 33.90%) のケースについては、GAF の平均 が 27.12 点で最も低く「合併症あり」のケースが 210 で 85.0%を占めていた。「重症身体リスク管理」目的の入院ケースが 119 (48.2%)で、「医療保護入院」のケースが 137 (55.5%)、退院後の転帰は「自宅へ退院」したケースが 153 (61.9%) であった (表 2)。

②入院経路別のケースの特徴：入院経路別のケースの特徴については、クロス集計表を、表 3 に示した。「精神科病院から紹介」の 64 ケースにおいては「身体合併症あり」のケースが 55 (85.9%) で、有床 GHP の必要度において「代替困難群」と判断されたケースが 41 (64.1%) であった。入院目的は「重症身体リスク管理」が 43 (67.2%) に及んだ。

「精神科診療所から紹介」の 73 ケースについては、「身体合併症なし」のケースが 57 (78.1%) で、入院目的は「精神科症候急性増悪」のケースが 30 (41.1%)、「環境調整・休息」目的でのケースが 23 (31.5%) で、有床 GHP の必要度が「相対的必要群」と判断されたケースが 33 (45.2%) であった。「診療所 (精神科以外) から紹介」の 23 ケースにおいては「精神科症候急性増悪」のための入院が 10 (43.5%) で有床 GHP の必要度が「非必須群」と判断されたケースが 10 (43.5%) であった。(表 3)

③入院形態別のケースの特徴：入院形態別の 4 つのカテゴリケースにおいては、

GAF、在院日数で有意差がみられた。

任意入院の 354 (全体の 48.6%) のケースについては、診断カテゴリでは「F3:気分 (感情) 障害」のケースが 134

(37.9%) と最も多かった。「身体合併症あり」のケースは 197 (55.6%) で、「精神科症候急性増悪」の加療目的で入院となったケースが 104 (29.4%)、「環境調整・休息」目的での入院ケースが 70 (19.8%) で、有床 GHP の必要度で「代替困難群」と判断されたケースは 105 (29.7%) にとどまった。入院経路は「当院精神科外来に通院していた」ケースが 167 (47.2%) で、退院後の転帰は 305 (86.2%) が自宅へ退院となったケースであった。

「医療保護入院」の 344 (全体の 47.2%) ケースについては、診断カテゴリは「F2: 統合失調症、統合失調症型及び妄想性障害」のケースが 116 (33.7%) であった。「身体合併症あり」のケースが 231 (67.2%)、入院目的は「重症身体リスク管理」目的での入院が 93 (27.0%)、「行動化」のケースが 87 (25.3%) であり、「代替困難群」と判断されたケースは 137 (39.8%) であった。入院経路は「当院精神科外来に通院していた」ケースが 99 (28.8%)、「院内他科からの紹介」ケースが 75 (21.8%) で、退院後の転帰は「自宅へ退院」となったケースが 197 (57.3%)、「単科精神科病院に転院」となったケースが 74 (21.5%) であった。

措置入院の 29 ケース (全体の 4.0%) は、診断カテゴリは「F2: 統合失調症、統合失調症型及び妄想性障害」のケースが 14 (48.3%) で、「身体合併症あり」のケースは 17 (58.6%) であった。「保護・管理」目的のケースが 17 (58.6%) で、「代替困難群」と判断されたケースは 4 (13.8%) にとどまった。入院経路は「23 条通報」のケースが 20 と最も多く、69% を占めていた。退院後の転帰は「自宅へ退

院」するケースが 18 (62.1%) であった。

なお、入院形態が「その他」の 2 ケースは 2 件とも応急入院→医療保護入院→任意入院のケースであった (表 4)。

### 3) 潜在クラス分析

クラス数は、AIC, BIC の値から 3 クラスとした。クラスごとの比較では、年齢、ICD 診断カテゴリを除くすべての変数において有意差が見られた。

第 1 クラス ( $n = 235$ ) は、3 クラスのうち GAF の平均点が最も高く (平均 37.43) 在院日数が最も短い (中央値 26) 一群で、「F3: 気分障害」が 108 (46.0%)、「F4: 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害」が 46 (19.6%) であった。「身体合併症なし」のケースが 153 (65.1%) であり、「精神科症候急性増悪」、「環境調整・休息」目的での入院が、それぞれ、93 (39.6%)、70 (29.8%) で、有床 GHP の必要度が「非必須群」と判断されたケースが 131 (55.7%) であった。

「任意入院」が 100.0% であり、転帰は自宅へ退院となるケースが 217 で 92.3% を占めた。

第 2 クラス ( $n = 341$ ) は、3 クラスのうち、GAF、在院日数ともに中央に位置しており、ICD 診断カテゴリは「F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「F0: 症状性を含む器質性精神障害」の順に多く、それぞれ 101 (29.6%)、68 (19.9%) であった。「身体合併症あり」のケースは 315 (92.4%) で「重症身体リスク管理」目的の入院が 153 (44.9%)、有床 GHP の必要度において「代替困難群」と判断されたケースが 221 (64.8%) に及んだ。入院経路については「院内他科からの紹介」が 78 (22.9%)、「精神科病院から紹介」が 55 (16.1%) で、「救命救急センターから救急要請」のケースも 50 (14.7%) と、紹介されて入院となったケースが多かった。入院形態は「医療保護入院」が 217 (63.6%) で、退院後の転帰は「自

宅へ退院」するケースが 208 (61.0%) であった。

第 3 クラス ( $n = 153$ ) は、3 クラスのうち、GAF の得点が最も低く (平均 23.69)、在院日数が最も長かった (中央値 70)。ICD 診断カテゴリは「F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「F3: 気分[感情]障害」の順に多く、それぞれ 60 (39.2%)、28 (18.3%) であった。「身体合併症なし」のケースが 104 (68.0%) で、「行動化」「精神科症候急性増悪」のために入院となったケースが多く、それぞれ 57 (37.3%)、56 (36.6%) であり、有床 GHP の必要度においては「非必須群」と判断されたケースが 136 (88.9%) に及んだ。入院形態については「医療保護入院」が 127 (83.0%) と最も多く、退院後の転帰は自宅へ退院するケースが 97 (63.4%) であった (表 5)。

### D. 考察

我が国では 2002 年から 2022 年にかけて、有床 GHP の病床数は 15.4%、病床数は 43% 減少しており<sup>1, 3)</sup>、その背景には経営上の困難や人材不足があるとされる<sup>2, 3)</sup>。こうした状況の中、2025 年 12 月の医療法改正により精神医療が地域医療構想に位置づけられ、精神医療と一般医療の連携を基盤とした医療提供体制の構築が政策課題として明確化された。「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」報告書 (厚生労働省、2024 年 12 月)<sup>8)</sup> においても、身体疾患と精神疾患の双方への医療を必要とする患者への対応において精神医療と一般医療の連携を推進することが期待されると報告されており、こうした政策的背景のもとで有床 GHP の機能を実証的に把握することは、地域医療構想の議論を具体化する上で重要な意義をもつ。本研究は、有床 GHP を退院した患者の診療録データを用いて患者像・入院経路・退院後の転帰を分析し、有床 GHP が地域において

果たしている機能を複合的に明らかにしようとしたものである。

本研究の主要な知見を整理すると、各群の割合は非必須群 36.8%・相対的必要群 29.4%・代替困難群 33.9%であり、代替困難群が全体の約 3 分の 1 を占めた (表 2)。これらの必要度別・入院経路別の分析 (表 2・表 3) と潜在クラス分析 (表 5) の結果を統合すると、有床 GHP の機能は大きく 3 つの軸として捉えることができる。すなわち、①精神身体合併症への対応を中核とする機能 (代替困難機能)、②外来医療・地域生活との連続性を保ちながら短期入院を提供する機能 (地域生活継続支援機能)、③精神科救急・危機介入体制の中で発生する重症入院ニーズに対応する機能 (精神科救急・危機介入機能) の 3 軸である。以下、各機能軸について、分析結果に即して検討する。

第 1 の機能軸である精神身体合併症対応 (代替困難機能) については、必要度別分析・潜在クラス分析の双方から一貫した知見が得られた。代替困難群 (247 ケース、33.9%) では、身体合併症を有する患者が 85.0% を占め、重症身体リスク管理を入院目的とする患者が 48.2% に及んでいた (表 2)。潜在クラス分析の第 2 クラス (n=341) はこの機能軸に対応し、身体合併症を有する患者が 92.4%、重症身体リスク管理目的の入院が 44.9%、代替困難群が 64.8% を占めていた (表 5)。入院経路においては、精神科病院からの紹介 (16.1%) や救命救急センターからの救急要請 (14.7%) が突出して多く、精神科病院では対応が困難な身体合併症を有する患者が集中していた (表 5)。精神科病院からの紹介 64 ケースでは、身体合併症を有するケースが 85.9%、代替困難群が 64.1%、重症身体リスク管理目的が 67.2% に達しており (表 3)、有床 GHP が単科精神科病院の機能的後方施設として機能していることが示唆される。この知見は、Funayama et al. (2023)<sup>4)</sup> が示した有床 GHP の多機能

性 (精神科救急・身体合併症対応・電気けいれん療法・クロザピン治療など) と一致しており、入院患者データからその実態を裏づけるものである。

第 2 の機能軸である地域生活継続支援機能は、潜在クラス分析の第 1 クラス (n=235) に最も明確に示された (表 5)。このクラスは、気分障害 (46.0%)・神経症性障害 (19.6%) を中心とし、GAF が相対的に高く (平均 37.43 点)、在院日数が短く (中央値 26 日)、全例が任意入院であった。環境調整・休息目的の入院が 29.8% と多く、自宅退院の割合も 92.3% と高い。入院経路としては当院精神科外来 (54.5%) および精神科診療所 (22.1%) からの入院が主であり、外来医療や地域生活との連続性を保ちながら危機の深刻化を防ぐ短期入院を提供する群と考えられる。有床 GHP の必要度では非必須群が 55.7% を占める一方、相対的必要群も 33.2% 含まれており、身体管理を主目的としない場合であっても、有床 GHP であることが一定の意義をもつ患者群が存在することを示している。この機能は、一般医療との物理的近接性や外来精神科との連携しやすさ、短期入院後の地域生活への早期復帰のしやすさといった、有床 GHP ならではの文脈的利点に支えられていると解釈できる。

第 3 の機能軸である精神科救急・危機介入機能は、潜在クラス分析の第 3 クラス (n=153) に対応する (表 5)。このクラスは GAF が最も低く (平均 23.69 点)、在院日数が最も長く (中央値 70 日)、行動化 (37.3%) や精神科症候急性増悪 (36.6%) を入院目的とする重症患者が多い。医療保護入院が 83.0%、措置入院が 16.3% を占め、23 条通報 (12.4%)・24 条通報 (2.6%)・精神科救急システム (5.9%)・行政 (5.9%) を契機とする入院が相対的に多い (表 5)。注目すべきは、このクラスでは代替困難群が認められず、非必須群が 88.9% を占めていた点である。これは、このクラスへの医療提供に有

床 GHP が必要ではないことを意味するのではない。有床 GHP は、精神科救急システム・行政・警察・単科精神科病院等を含む地域全体の危機介入・緊急入院体制の一翼を担う医療機関として、こうした重症の非自発的入院ニーズにも対応していることを示している。この機能は有床 GHP の必要度の評価には直接反映されにくい、地域の精神科入院医療体制における実質的な受け皿機能として重要である。

これらの3つの機能軸を踏まえると、有床 GHP の役割を地域医療構想の中で検討する際に考慮すべき政策的含意として、以下の点が指摘できる。新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告の対象として精神科医療機関を位置づけることが求められている。一般医療を中心とした議論では、「急性期拠点機能」「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療等連携機能」といった機能軸が示されているが<sup>9)</sup>、精神医療についての検討はまだ行われていない。これまでの精神医療政策においては、精神病床の適正化・機能分化という観点が主となっており、精神身体合併症対応や精神科救急・危機介入といった機能の明示的な位置づけは必ずしも十分ではない。プロジェクトチーム報告書が求める「精神医療と一般医療の連携推進」<sup>8)</sup>の実質化に向けては、この3つの機能軸を医療機関機能として明確に定義し、構想区域ごとの確保状況を可視化することが望まれる。また、「病床数適正化緊急支援基金」の対象に精神病床が含まれていることも踏まえると、精神病床の削減にあたっては、有床 GHP 病床が担うこうした代替困難機能が損なわれないよう、機能ベースの精緻な検討が求められる。

本研究で見いだされた3つの機能軸は、有床 GHP の患者データから導出されたものであるが、地域医療構想の文脈においては、当該地域において利用可能な有床 GHP の有無にかかわらず、地域の精神医療提供体制が備えるべき機能要件として捉え直すことができ

る。精神医療を組み入れた地域医療構想においては、この3軸（精神身体合併症への対応、地域生活との連続性を保つ短期入院、精神科救急・危機介入）が構想区域内でどの程度確保されているかを把握した上で、単科精神科病院・精神科診療所・有床 GHP ・無床 GHP 等の各医療機関が担う機能を明確化し、役割分担と連携・協働の体制を構築していくことが、重要である。有床 GHP の役割をどう考えるかは、こうした大局的な体制整備の議論の中に位置づけられることが重要である。

代替困難機能（第1軸）については、利用可能な有床 GHP がない、あるいは不足している場合には、地域で必要な総合病院精神病床の確保や精神科リエゾンチームの充実による一般病床での診療機能の強化のほか、単科精神科病院と一般病院の連携強化、または単科精神科病院への身体科医師等の配置といった方法による補完も検討する必要があると考えられる。一般病院の身体科病棟に単科精神科病院の精神科医が定期的に派遣される形での診療体制の構築も考えられる。しかし、同一の入院環境で精神科治療と身体管理を統合して提供できるという有床 GHP の構造的優位は、連携によっても完全には代替できない。本研究でも精神科病院からの紹介64ケースの85.9%に身体合併症が認められ（表3）、単科精神科病院側の対応限界が有床 GHP への紹介の主要因となっていることが示されている。代替困難機能を確保するためには、有床 GHP の維持・強化が最も確実な選択肢であるが、すべての地域で必要な有床 GHP を全数確保することは現実的には困難であることを考慮すると、総合病院精神病床の必要数を検討することのほか、単科精神科病院と一般病院の有効な連携モデル等を具体的に示していくことも必要である。

地域生活継続支援機能（第2軸）については、精神科診療所や外来精神医療との連携強化によって、短期入院の必要性が生じる前の

段階での危機対応を強化することで、入院ニーズそのものを部分的に軽減する余地がある。入院経路のうち精神科診療所からの紹介が73ケース(10.0%)を占めており(表1)、このうち「非必須群」と評価されたケースが45.2%に及んでいた(表3)。こうした患者群については、精神科診療所や外来精神医療における危機介入機能の強化や、訪問支援・アウトリーチとの連携により、入院に至らずに対応できる場合も考えられる。一方で、相対的必要群も42.5%含まれており、有床GHPが提供する「一般医療との近接性を活かした短期入院」という選択肢は、精神科診療所単独では代替しえない固有の価値をもっている。さらに、第2軸が有床GHPの病棟運営において果たす役割は地域ニーズへの対応にとどまらない。重症の精神身体合併症や精神科救急・危機介入を要する患者(第1軸・第3軸)への対応が集中する病棟環境においては、医療スタッフの負担が過重になりやすく、職員の疲弊・離職リスクが高まることが懸念される。第2軸に相当する患者群の存在は、病棟の患者構成に一定の多様性をもたらし、スタッフの働きやすさや病棟全体の持続可能性を支える機能を担っている可能性がある。この観点からも、地域生活継続支援機能は有床GHPの副次的な機能として位置づけるのではなく、病棟運営の持続可能性という観点から積極的に評価することも考えられる。

精神科救急・危機介入機能(第3軸)については、多くの地域において単科精神科病院が精神科救急の主たる受け皿として機能しており、有床GHPはこうした地域の精神科救急・危機介入体制の中に組み込まれた医療資源として機能していると捉えることができる。潜在クラス分析における第3クラスは、非必須群が88.9%を占めており(表5)、この患者群の入院先は必ずしも有床GHPである必要はないが、実際には有床GHPがこうした重症患者を相当数受け入れていることが

示されている。地域医療構想調整会議においては、単科精神科病院・行政・保健所・警察等を含む精神科救急・危機介入体制の全体像を把握した上で、有床GHPがその体制の中でどのような役割を担っているかを明確化することが求められる。こうした役割分担のあり方については、プロジェクトチーム報告書が提案する「精神医療関係者が一般医療の協議の場へ参画する」仕組みの中で具体化していくことが望まれる。

なお、代替困難機能(第1軸)および精神科救急・危機介入機能(第3軸)については、必要な機能を構想区域内で完結させることが難しい地域が多いものと考えられるため、現実的には、複数の構想区域にまたがる広域での体制整備を視野に入れた検討が必要であろう。プロジェクトチーム報告書においても、精神医療の協議の場の設定にあたっては都道府県において柔軟な対応ができるよう配慮が求められるとされており、広域連携の枠組みをどのように設計するかは、地域医療構想調整会議における重要な論点となり得る。

以上のように、有床GHPの3機能軸をめぐる議論は、精神科病院・精神科診療所・行政・保健所等を含む地域の精神医療提供体制全体の役割分担と連携のあり方に関わるものであり、有床GHPを単独で論じることには限界がある。同時に、この議論は有床GHPにとどまらず、総合病院精神科全体の位置づけという観点からも捉える必要がある。先行研究が示すように<sup>5~7)</sup>、無床GHPもコンサルテーション・リエゾン・緩和ケア・周産期メンタルヘルス等を通じて一般医療の中に精神医療の視点を組み込む機能を担う。地域医療構想ガイドラインにおいては、有床GHPを精神身体合併症への入院対応・重症身体リスク管理・精神科救急・危機介入対応を担う医療資源として位置づけるとともに、無床GHPを含むGHP全体を、一般医療の場において精神医療を機能させる医療機関と

して包括的に位置づけることが求められる。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本研究は参加した10の有床GHPを統合したデータから得られた知見であり、地域医療構想においては当該地域の人口構成・精神科病院や一般病院・救急医療機関・精神科診療所等の配置・精神科救急体制・身体合併症対応の受け皿・行政や保健所等との連携状況等により、有床GHPに求められる機能の比重は異なり得る。3つの機能軸を手がかりとしつつも、各地域においてこれらの機能がどの医療機関によって担われているのか、またどの機能が不足しているのか等につき、地域の実情に応じて把握することが必要である。第二に、本研究は特定期間における退院患者の横断的な診療録調査であり、各有床GHPの機能は対象病院の特性（病床数・地域の医療資源状況等）によって異なる可能性がある。第三に、有床GHPの必要度は担当医師の臨床的判断に基づく評価であり、施設間・担当者間のばらつきを完全には排除できない。これらの限界を踏まえつつ、今後は地域ごとの医療資源配置との関連を含むより詳細な検討が求められる。

#### 文献

- 1) Funayama M, Hasegawa Y, Satake N, et al.: Closures of psychiatric units in general hospitals undermining progress in psychiatry: A stark contrast between Japan and the world. *Psychiatry Clin Neurosci* 79: 496-500, 2025.
- 2) Funayama M, Maruyama F, Nohara S, et al.: Strategies to safeguard psychiatric units in general hospitals: Overcoming closure risks for community support. *Gen Hosp Psychiatry* 93:100-102, 2025.
- 3) Funayama M, Sato S, Koishikawa H, et al.: Closure risk of general hospital psychiatric units: Impact of financial pressures and psychiatrist staffing challenges. *Asian J Psychiatr*. 102:104300, 2024.
- 4) Funayama M, Sato S, Koishikawa H, et al.: Resilience in adversity: Navigating financial challenges and closure risks in general hospital psychiatric units - Japanese Society of General Hospital Psychiatry's initiatives. *Asian J Psychiatr* 89:103756, 2023.
- 5) 佐竹直子 他：総合病院精神科の機能に関する研究。令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」分担研究報告書。2023.
- 6) 佐竹直子 他：総合病院精神科の機能に関する研究。令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」分担研究報告書。2024.
- 7) 佐竹直子 他：総合病院精神科の機能に関する研究。令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」分担研究報告書。2025.
- 8) 厚生労働省：新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム。新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等について。2024年12月3日。
- 9) 厚生労働省：地域医療構想及び医療計画等に関する検討会。新たな地域医療構想

に関するとりまとめ。2026年3月19日。

表 1. 各変数の記述統計と頻度、% (N= 729)

記述統計	平均	SD	歪度	尖度
年齢	52.73	21.01	-0.09	-1.07
GAF	30.06	13.93	0.72	0.34
	median (IQR)	min	max	
在院日数	36 (15-76)	1	1037	

頻度	n	%
<b>ICD 診断</b>		
F0: 症状性を含む器質性精神障害	95	13.00%
F1: 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	42	5.80%
F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	205	28.10%
F3: 気分[感情]障害	201	27.60%
F4: 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	83	11.40%
F5: 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	27	3.70%
F6: 成人の人格及び行動の障害	11	1.50%
F7: 知的障害 (精神遅滞)	33	4.50%
F8: 心理的発達の障害	25	3.40%
F9: 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	6	0.80%
F99: 精神障害, 詳細不明	1	0.10%
<b>性別</b>		0.00%
1: 男性	270	37.00%
2: 女性	459	63.00%
<b>身体合併症の有無</b>		0.00%
1: あり	446	61.20%
2: なし	283	38.80%
<b>入院目的</b>		0.00%
1: 精神科症候急性増悪	187	25.70%
2: 行動化	130	17.80%
3: 軽度身体リスク管理	34	4.70%
4: 重症身体リスク管理	153	21.00%
5: 治療抵抗性	52	7.10%
6: 鑑別診断	14	1.90%
7: 器質性精神障害	19	2.60%

8: 保護・管理	31	4.30%
9: 環境調整・休息	80	11.00%
10: 薬物調整	11	1.50%
11: その他	18	2.50%
<b>有床GHPの必要度</b>		0.00%
1: 非必須群	268	36.80%
2: 相対的必要群	214	29.40%
3: 代替困難群	247	33.90%
<b>入院経路</b>		0.00%
1: 当院精神科外来に通院していた	266	36.50%
2: 院内他科からの紹介	115	15.80%
3: 他総合病院院（一般の診療科・他総合病院 院（一般の診療科・精神科なし）から紹介	40	5.50%
4: 無床総合病院精神科からの紹介	12	1.60%
5: 精神科病院から紹介	64	8.80%
6: 精神科診療所から紹介	73	10.00%
7: 診療所（精神科以外）から紹介	23	3.20%
8: 救命救急センターから救急要請	71	9.70%
9: 精神科救急システムからの要請	14	1.90%
10: 行政（警察・保健所など）	20	2.70%
11: 23 条通報	22	3.00%
12: 24 条通報	4	0.50%
13: 大学病院など高次の病院から紹介	4	0.50%
14: そのほか	1	0.10%
<b>入院形態</b>		0.00%
1: 任意	354	48.60%
2: 医療保護	344	47.20%
3: 措置	29	4.00%
4: その他	2*	0.30%
<b>転帰</b>		0.00%
1: 他病棟（他科）に転棟	10	1.40%
2: 自宅へ退院	522	71.60%
3: 施設へ退院	71	9.70%
4: 単科精神科病院に転院	103	14.10%
5: 他の身体科の病院に転院	13	1.80%
6: 死亡退院	5	0.70%
7: その他	5	0.70%

\*入院形態が「そのほか」のケースは、2件とも応急入院→医療保護入院→任意入院のケース。  
略 mean: 平均値、SD: 標準偏差、skewness: 歪度、kurtosis: 尖度、median: 中央値、IQR: 四分位範囲

表 2. GHP 必要度別のケースの特徴

	1: 非必須群 <i>n</i> = 268 (36.8%)	2: 相対的必要群 <i>n</i> = 214 (29.4%)	3: 代替困難群 <i>n</i> = 247 (33.9%)		
	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	One-way ANOVA <i>F</i> ( <i>df</i> )	Effect size $\eta^2$ Tukey post hoc comparison
年齢	49.17 (21.27)	54.37 (20.75)	55.16 (20.52)	6.23 (2, 726)**	0.02 1-3**; 1-2* ; 2-3 <sup>NS</sup>
GAF	31.69 (15.52)	31.43 (13.77)	27.12 (11.65)	8.526 (2, 726)***	0.02 1-3**; 1-2 <sup>NS</sup> 2-3**
	median (IQR)	median (IQR)	median (IQR)	Kruskal-Wallis test $X^2(df)$	
在院日数	43 (19-88)	30 (14-52)	36 (14-73)	13.57(2)**	1-3 <sup>NS</sup> ; 1-2**; 2-3 <sup>NS</sup>
	1: 非必須群 <i>n</i> = 268 (36.8%)	2: 相対的必要群 <i>n</i> = 214 (29.4%)	3: 代替困難群 <i>n</i> = 247 (33.9%)		
	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %	Pearson's Chi-squared test or Fishers $X^2(df)$	<i>p</i> value
<b>ICD 診断</b>				37.43 (20)	0.008
F0: 症状性を含む器質性精神障害	25      9.30	27      12.60	43      17.40		

F1: 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	13	4.90	11	5.10	18	7.30		
F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	75	28.00	60	28.00	70	28.30		
F3: 気分[感情]障害	81	30.20	65	30.40	55	22.30		
F4: 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	33	12.30	26	12.10	24	9.70		
F5: 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	3	1.10	11	5.10	13	5.30		
F6: 成人の人格及び行動の障害	7	2.60	3	1.40	1	0.40		
F7: 知的障害〈精神遅滞〉	16	6.00	4	1.90	13	5.30		
F8: 心理的発達の障害	13	4.90	3	1.40	9	3.60		
F9: 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	2	0.70	3	1.40	1	0.40		
F99: 精神障害, 詳細不明	0	0.00	1	0.50	0	0.00		
<b>性別</b>							5.609 (2)	0.060
1: 男性	87	32.50	78	36.40	105	42.50		
2: 女性	181	67.50	136	63.60	142	57.50		
<b>身体合併症の有無</b>							158.6 (2)	0.000
1: あり	87	32.50	149	69.60	210	85.00		
2: なし	181	67.50	65	30.40	37	15.00		
<b>入院目的</b>							356.75 (20)	0.000
1: 精神科症候急性増悪	109	40.70	47	22.00	31	12.60		

2: 行動化	65	24.30	40	18.70	25	10.10		
3: 軽度身体リスク管理	6	2.20	27	12.60	1	0.40		
4: 重症身体リスク管理	1	0.40	33	15.40	119	48.20		
5: 治療抵抗性	3	1.10	19	8.90	30	12.10		
6: 鑑別診断	2	0.70	1	0.50	11	4.50		
7: 器質性精神障害	2	0.70	6	2.80	11	4.50		
8: 保護・管理	15	5.60	8	3.70	8	3.20		
9: 環境調整・休息	59	22.00	19	8.90	2	0.80		
10: 薬物調整	6	2.20	5	2.30	0	0.00		
11: その他	0	0.00	9	4.20	9	3.60		
<b>入院経路</b>							135.22 (26)	0.001
1: 当院精神科外来に通院していた	139	51.90	64	29.90	63	25.50		
2: 院内他科からの紹介	24	9.00	40	18.70	51	20.60		
3: 他総合病院院（一般の診療科・ 他総合病院院（一般の診療科・精神 科なし）から紹介	5	1.90	15	7.00	20	8.10		
4: 無床総合病院精神科からの紹介	5	1.90	2	0.90	5	2.00		
5: 精神科病院から紹介	5	1.90	18	8.40	41	16.60		
6: 精神科診療所から紹介	33	12.30	31	14.50	9	3.60		
7: 診療所（精神科以外）から紹介	10	3.70	4	1.90	9	3.60		
8: 救命救急センターから救急要請	12	4.50	24	11.20	35	14.20		
9: 精神科救急システムからの要請	8	3.00	5	2.30	1	0.40		
10: 行政（警察・保健所など）	8	3.00	4	1.90	8	3.20		

11: 23 条通報	15	5.60	4	1.90	3	1.20		
12: 24 条通報	3	1.10	1	0.50	0	0.00		
13: 大学病院など高次の病院から紹介	1	0.40	2	0.90	1	0.40		
14: そのほか	0	0.00	0	0.00	1	0.40		
<b>入院形態</b>							20.82 (6)	0.002
1: 任意	131	48.90	118	55.10	105	42.50		
2: 医療保護	117	43.70	90	42.10	137	55.50		
3: 措置	19	7.10	6	2.80	4	1.60		
4: その他	1	0.40	0	0.00	1	0.40		
<b>転帰</b>							30.35 (12)	0.025
1: 他病棟（他科）に転棟	1	0.40	2	0.90	7	2.80		
2: 自宅へ退院	208	77.60	161	75.20	153	61.90		
3: 施設へ退院	27	10.10	18	8.40	26	10.50		
4: 単科精神科病院に転院	29	10.80	25	11.70	49	19.80		
5: 他の身体科の病院に転院	2	0.70	3	1.40	8	3.20		
6: 死亡退院	0	0.00	2	0.90	3	1.20		
7: その他	1	0.40	3	1.40	1	0.40		

\*\*\*, p<0.001; \*\*, p < 0.01; \*, p< 0.05; NS, not significant

略: mean: 平均値、SD: 標準偏差、median: 中央値、IQR: 四分位範囲

表 3. 入院経路が [5: 精神科病院から紹介]、[6: 精神科診療所から紹介]、[7: 診療所（精神科以外）から紹介]、[8: 救命救急センターから救急要請]、[9: 精神科救急システムからの要請]、[10: 行政（警察・保健所など）]、[11: 23 条通報]、[12: 24 条通報]のケースの特徴

	5: 精神科病院 から紹介	6: 精神科診療 所から紹介	7: 診療所（精 神科以外）か ら紹介	8: 救命救急セ ンターから救 急要請	9: 精神科救急 システムから の要請	10: 行政（警 察・保健所な ど）	11: 23 条通報	12: 24 条通報
	<i>n</i> = 64	<i>n</i> = 73	<i>n</i> = 23	<i>n</i> = 71	14	20	22	4
	8.80%	10.00%	32.00%	9.70%	1.90%	2.70%	3.00%	-0.50%
	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)
年齢	60.44 (18.48)	53.99 (21.77)	75.74 (15.23)	45.01 (18.51)	47.57 (26.18)	43.70 (26.76)	49.23 (16.45)	56.25 (19.09)
GAF	29.75 (13.55)	36.21 (14.91)	25.74 (11.17)	26.73 (13.36)	22.64 (6.40)	27.05 (12.89)	17.50 (8.89)	16.25 (7.50)
	median (IQR)	median (IQR)	median (IQR)	median (IQR)	median (IQR)	median (IQR)	median (IQR)	median (IQR)
在院日数	35 (13-53)	33 (19-67)	52 (30-64)	24 (9-57)	32 (11-43)	53 (15-142)	47 (28-88)	99 (84-137)

	5: 精神科病院 から紹介	6: 精神科診療 所から紹介	7: 診療所（精 神科以外）か ら紹介	8: 救命救急セ ンターから救 急要請	9: 精神科救急 システムから の要請	10: 行政（警 察・保健所な ど）	11: 23 条通報	12: 24 条通報
	<i>n</i> = 64	<i>n</i> = 73	<i>n</i> = 23	<i>n</i> = 71	14	20	22	4
	8.80%	10.00%	32.00%	9.70%	1.90%	2.70%	3.00%	-0.50%
	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %	<i>n</i> %

ICD 診断

F0: 症状性を含む器質性精神障害	11	17.20	8	11.00	13	56.50	2	2.80	3	21.40	5	25.00	3	13.60	0	0.00
F1: 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	2	3.10	1	1.40	0	0.00	6	8.50	1	7.10	3	15.00	3	13.60	0	0.00
F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	33	51.60	9	12.30	2	8.70	23	32.40	4	28.60	6	30.00	9	40.90	3	75.00
F3: 気分[感情]障害	9	14.10	30	41.10	6	26.10	25	35.20	3	21.40	0	0.00	3	13.60	0	0.00
F4: 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	1	1.60	19	26.00	1	4.30	9	12.70	1	7.10	2	10.00	1	4.50	0	0.00

F5: 生理的障害及び身体的 要因に関連した行動症候群	1	1.60	2	2.70	0	0.00	1	1.40	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
F6: 成人の人格及び行動の 障害	1	1.60	1	1.40	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	4.50	1	25.00
F7: 知的障害〈精神遅滞〉	5	7.80	1	1.40	1	4.30	3	4.20	0	0.00	2	10.00	1	4.50	0	0.00
F8: 心理的発達の障害	1	1.60	0	0.00	0	0.00	2	2.80	1	7.10	1	5.00	0	0.00	0	0.00
F9: 小児<児童>期及び青年 期に通常発症する行動及び情 緒の障害	0	0.00	2	2.70	0	0.00	0	0.00	1	7.10	1	5.00	1	4.50	0	0.00
F99: 精神障害, 詳細不明	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

性別

1: 男性	30	46.90	17	23.30	8	34.80	30	42.30	5	35.70	12	60.00	14	63.60	0	0.00
2: 女性	34	53.10	56	76.70	15	65.20	41	57.70	9	64.30	8	40.00	8	36.40	4	100.00

身体合併症の有無

1: あり	55	85.90	16	21.90	14	60.90	58	81.70	5	35.70	12	60.00	13	59.10	3	75.00
2: なし	9	14.10	57	78.10	9	39.10	13	18.30	9	64.30	8		9	40.90	1	25.00

入院目的

1: 精神科症候急性増悪	3	4.70	30	41.10	10	43.50	18	25.40	2	14.30	3	15.00	1	0.70	0	0.00
2: 行動化	2	3.10	6	8.20	4	17.40	15	21.10	7	50.00	6	30.00	6	1.40	2	0.50
3: 軽度身体リスク管理	2	3.10	5	6.80	0	0.00	6	8.50	0	0.00	1	5.00	0	0.20	0	0.00
4: 重症身体リスク管理	43	67.20	3	4.10	2	8.70	25	35.20	0	0.00	0	0.00	1	0.00	0	0.00
5: 治療抵抗性	5	7.80	3	4.10	1	4.30	5	7.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
6: 鑑別診断	5	7.80	1	1.40	1	4.30	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
7: 器質性精神障害	1	1.60	0	0.00	1	4.30	0	0.00	1	7.10	0	0.00	0	0.00	0	0.00

8: 保護・管理	0	0.00	0	0.00	1	4.30	1	1.40	4	28.60	9	45.00	14	2.00	2	0.50
9: 環境調整・休息	2	3.10	23	31.50	2	8.70	1	1.40	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
10: 薬物調整	1	1.60	2	2.70	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
11: その他	0	0.00	0	0.00	1	4.30	0	0.00	0	0.00	1	5.00	0	0.20	0	0.00

**入院形態**

1: 任意	22	34.38	59	80.82	4	17.39	35	49.30	0	0.00	3	15.00	0	0.00	0	0.00
2: 医療保護	41	64.06	14	19.18	19	82.61	32	45.07	14	100.00	16	80.00	2	9.09	0	0.00
3: 措置	1	1.56	0	0.00	0	0.00	2	2.82	0	0.00	1	5.00	20	90.91	4	100.00
4: その他	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	2.82	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00

**有床GHPの必要度**

1: 非必須群	5	7.80	33	45.20	10	43.50	12	16.90	8	57.10	8	40.00	15	68.20	3	1.00
---------	---	------	----	-------	----	-------	----	-------	---	-------	---	-------	----	-------	---	------

2: 相対的必要群	18	28.10	31	42.50	4	17.40	24	33.80	5	35.70	4	20.00	4	18.20	1	2.00
-----------	----	-------	----	-------	---	-------	----	-------	---	-------	---	-------	---	-------	---	------

3: 代替困難群	41	64.10	9	12.30	9	39.10	35	49.30	1	7.10	8	40.00	3	13.60	0	1.00
----------	----	-------	---	-------	---	-------	----	-------	---	------	---	-------	---	-------	---	------

**転帰**

1: 他病棟（他科）に転棟	0	0.00	1	1.40	1	4.30	0	0.00	1	5.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
---------------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------

2: 自宅へ退院	19	29.70	62	84.90	10	43.50	63	88.70	10	50.00	11	50.00	4	100.00	19	29.70
----------	----	-------	----	-------	----	-------	----	-------	----	-------	----	-------	---	--------	----	-------

3: 施設へ退院	4	6.30	2	2.70	6	26.10	4	5.60	5	25.00	1	4.50	0	0.00	4	6.30
----------	---	------	---	------	---	-------	---	------	---	-------	---	------	---	------	---	------

4: 単科精神科病院に転院	40	62.50	7	9.60	5	21.70	2	2.80	3	15.00	9	40.90	0	0.00	40	62.50
---------------	----	-------	---	------	---	-------	---	------	---	-------	---	-------	---	------	----	-------

5: 他の身体科の病院に転院	1	1.60	1	1.40	1	4.30	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.60
----------------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------

6: 死亡退院	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.40	1	5.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
---------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------

7: その他	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.40	0	0.00	1	4.50	0	0.00	0	0.00
--------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------

表 4. 入院経路別のケースの特徴

	1: 任意入院 <i>n</i> = 354 (48.6%)	2: 医療保護入院 <i>n</i> = 344 (47.2%)	3: 措置入院 <i>n</i> = 29 (4.0%)	4: その他 <i>n</i> = 2 (0.3%)			
					One-way ANOVA	Effect size	Tukey podt hoc comparison
	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	<i>F</i> ( <i>df</i> )	$\eta^2$	
年齢	52.14 (19.96)	53.56 (22.39)	49.83 (17.06)	55.5 (10.61)	0.467 (3,725) <sup>NS</sup>	---	---
GAF	36.47 (13.18)	24.69 (11.77)	16.72 (8.84)	12.5 (10.61)	65.79 (3,725) <sup>***</sup>	0.21	2-1 <sup>***</sup> ; 3-1 <sup>***</sup> ; 4-1 <sup>*</sup> ; 3-2 <sup>**</sup> ; 4-2 <sup>NS</sup> ; 4-3 <sup>NS</sup>
					Kruskal-Wallis test		
	median (IQR)	median (IQR)	median (IQR)	median (IQR)	$X^2(df)$	$\epsilon^2$	
在院日数	27 (12-51)	46 (19-90)	79 (38-122)	89 (85-94)	55.01 (3) <sup>***</sup>	0.02	2-1 <sup>***</sup> ; 3-1 <sup>***</sup> ; 4-1 <sup>NS</sup> ; 3-2 <sup>*</sup> ; 4-2 <sup>NS</sup> ; 4-3 <sup>NS</sup>
	1: 任意入院 <i>n</i> = 354 (48.6%)	2: 医療保護入院 <i>n</i> = 344 (47.2%)	3: 措置入院 <i>n</i> = 29 (4.0%)	4: その他 <i>n</i> = 2 (0.3%)			
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	Pearson's Chi-squared test or fishers		
	%	%	%	%	$X^2(df)$		<i>p</i> value
ICD 診断					103.26 (30)		0.001

F0: 症状性を含む器質性 精神障害	23	6.50	69	20.10	3	10.30	0	0.00
F1: 精神作用物質使用に よる精神及び行動の障害	16	4.50	23	6.70	3	10.30	0	0.00
F2: 統合失調症、統合失 調症型障害及び妄想性障害	74	20.90	116	33.70	14	48.30	1	50.00
F3: 気分[感情]障害	134	37.90	62	18.00	4	13.80	1	50.00
F4: 神経症性障害, スト レス関連障害及び身体表現 性障害	56	15.80	26	7.60	1	3.40	0	0.00
F5: 生理的障害及び身体 的要因に関連した行動症候 群	18	5.10	9	2.60	0	0.00	0	0.00
F6: 成人の人格及び行動 の障害	6	1.70	3	0.90	2	6.90	0	0.00
F7: 知的障害〈精神遅 滞〉	10	2.80	22	6.40	1	3.40	0	0.00
F8: 心理的発達の障害	14	4.00	11	3.20	0	0.00	0	0.00
F9: 小児<児童>期及び青 年期に通常発症する行動及 び情緒の障害	2	0.60	3	0.90	1	3.40	0	0.00
F99: 精神障害, 詳細不明	1	0.30	0	0.00	0	0.00	0	0.00
<b>性別</b>								
							17.31 (3)	0.001

1: 男性	106	29.90	149	43.30	15	51.70	0	0.00		
2: 女性	248	70.10	195	56.70	14	48.30	2	100.00		
<b>身体合併症の有無</b>									9.91 (3)	0.008
1: あり	197	55.60	231	67.20	17	58.60	1	50.00		
2: なし	157	44.40	113	32.80	12	41.40	1	50.00		
<b>入院目的</b>									356.13 (20)	0.001
1: 精神科症候急性増悪	104	29.40	80	23.30	2	6.90	1	50.00		
2: 行動化	35	9.90	87	25.30	8	27.60	0	0.00		
3: 軽度身体リスク管理	19	5.40	15	4.40	0	0.00	0	0.00		
4: 重症身体リスク管理	58	16.40	93	27.00	1	3.40	1	50.00		
5: 治療抵抗性	31	8.80	20	5.80	1	3.40	0	0.00		
6: 鑑別診断	9	2.50	5	1.50	0	0.00	0	0.00		
7: 器質性精神障害	1	0.30	18	5.20	0	0.00	0	0.00		
8: 保護・管理	1	0.30	13	3.80	17	58.60	0	0.00		
9: 環境調整・休息	70	19.80	10	2.90	0	0.00	0	0.00		
10: 薬物調整	8	2.30	3	0.90	0	0.00	0	0.00		
11: その他	18	5.10	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
<b>有床GHPの必要度</b>									20.819 (6)	0.002
1: 有床の総合病院精神科 でなくても良い	131	37.00	117	34.00	19	65.50	1	50.00		
2: 有床の総合病院精神科 が良い	118	33.30	90	26.20	6	20.70	0	0.00		

3: 有床の総合病院精神科 でなければならない	105	29.70	137	39.80	4	13.80	1	50.00
<b>入院経路</b>								
1: 当院精神科外来に通院 していた	167	47.20	99	28.80	0	0.00	0	0.00
2: 院内他科からの紹介	40	11.30	75	21.80	0	0.00	0	0.00
3: 他総合病院院（一般の 診療科・他総合病院院（一 般の診療科・精神科なし） から紹介	16	4.50	24	7.00	0	0.00	0	0.00
4: 無床総合病院精神科 からの紹介	6	1.70	5	1.50	1	3.40	0	0.00
5: 精神科病院から紹介	22	6.20	41	11.90	1	3.40	0	0.00
6: 精神科診療所から紹介	59	16.70	14	4.10	0	0.00	0	0.00
7: 診療所（精神科以外） から紹介	4	1.10	19	5.50	0	0.00	0	0.00
8: 救命救急センターから 救急要請	35	9.90	32	9.30	2	6.90	2	100.00
9: 精神科救急システムから の要請	0	0.00	14	4.10	0	0.00	0	0.00
10: 行政（警察・保健所 など）	3	0.80	16	4.70	1	3.40	0	0.00
11: 23 条通報	0	0.00	2	0.60	20	69.00	0	0.00

675.21 (39)

0.001

12: 24 条通報	0	0.00	0	0.00	4	13.80	0	0.00		
13: 大学病院など高次の 病院から紹介	2	0.60	2	0.60	0	0.00	0	0.00		
14: そのほか	0	0.00	1	0.30	0	0.00	0	0.00		
<b>転帰</b>									87.91 (18)	0.001
1: 他病棟（他科）に転棟	2	0.60	8	2.30	0	0.00	0	0.00		
2: 自宅へ退院	305	86.20	197	57.30	18	62.10	2	100.00		
3: 施設へ退院	18	5.10	52	15.10	1	3.40	0	0.00		
4: 単科精神科病院に転院	21	5.90	74	21.50	8	27.60	0	0.00		
5: 他の身体科の病院に転 院	5	1.40	8	2.30	0	0.00	0	0.00		
6: 死亡退院	2	0.60	2	0.60	1	3.40	0	0.00		
7: その他	1	0.30	3	0.90	1	3.40	0	0.00		

表 5. 潜在クラス分析

	Class 1: <i>n</i> = 235	Class 2: <i>n</i> = 341	Class 3: <i>n</i> = 153	one-way ANOVA <i>F</i> ( <i>df</i> )	effect size $\eta^2$	Tukey post hoc comparison			
年齢	mean (SD) 51.68 (20.63)	mean (SD) 54.99 (20.34)	mean (SD) 49.30 (22.56)	4.34 (2, 726) *	0.01	2-1; 3-1; 3-2*			
GAF	37.43 (13.15)	27.85 (12.88)	23.69 (12.52)	62.00 (2, 726) ***	0.15	3-1 ***; 2-1*** 3-2**			
在院日数	median (IQR) 26 (12.5-47.5)	median (IQR) 36 (15-71)	median (IQR) 70 (31-92)	Kruskal-Wallis test $X^2(df)$ 49.64 (3) ***	$\epsilon^2$ 0.07	1-2 ***; 1-3*** 2-3***			
	Class 1: ( <i>n</i> = 235)		Class 2: ( <i>n</i> = 341)		Class 3: ( <i>n</i> = 153)		Pearson's Chi-squared test or fishers		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	$X^2(df)$	<i>p</i> value	
ICD 診断								114.69 (20)	0.005
F0: 症状性を含む器質性精神障害	6	2.60	68	19.90	21	13.70			

F1: 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	8	3.40	27	7.90	7	4.60
F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	44	18.70	101	29.60	60	39.20
F3: 気分[感情]障害	108	46.00	65	19.10	28	18.30
F4: 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	46	19.60	26	7.60	11	7.20
F5: 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	5	2.10	22	6.50	0	0.00

F6: 成人の人格及び行動の障害	4	1.70	3	0.90	4	2.60		
F7: 知的障害〈精神遅滞〉	5	2.10	17	5.00	11	7.20		
F8: 心理的発達の障害	6	2.60	11	3.20	8	5.20		
F9: 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	2	0.90	1	0.30	3	2.00		
F99: 精神障害, 詳細不明	1	0.40	0	0.00	0	0.00		
<b>性別</b>							35.35 (2)	0.000
1: 男性	52	22.10	158	46.30	60	39.20		
2: 女性	183	77.90	183	53.70	93	60.80		
<b>身体合併症の有無</b>							262.85 (2)	0.000

1: あり	82	34.90	315	92.40	49	32.00		
2: なし	153	65.10	26	7.60	104	68.00		
<b>入院目的</b>							<b>483.38 (20)</b>	<b>0.000</b>
1: 精神科症候急性増悪	93	39.60	38	11.10	56	36.60		
2: 行動化	24	10.20	49	14.40	57	37.30		
3: 軽度身体リスク管理	3	1.30	28	8.20	3	2.00		
4: 重症身体リスク管理	0	0.00	153	44.90	0	0.00		
5: 治療抵抗性	22	9.40	27	7.90	3	2.00		
6: 鑑別診断	4	1.70	9	2.60	1	0.70		
7: 器質性精神障害	0	0.00	17	5.00	2	1.30		
8: 保護・管理	0	0.00	11	3.20	20	13.10		
9: 環境調整・休息	70	29.80	2	0.60	8	5.20		

10: 薬物調整	8	3.40	0	0.00	3	2.00		
11: その他	11	4.70	7	2.10	0	0.00		
<b>有床GHPの必要度</b>							<b>465.80 (4)</b>	<b>0.000</b>
1: 非必須群	131	55.70	1	0.30	136	88.90		
2: 相対的必要群	78	33.20	119	34.90	17	11.10		
3: 代替困難群	26	11.10	221	64.80	0	0.00		
<b>入院経路</b>							<b>290.32 (4)</b>	<b>0.000</b>
1: 当院精神科外来に通院していた	128	54.50	80	23.50	58	37.90		

2: 院内他科からの紹介	19	8.10	78	22.90	18	11.80
3: 他総合病院院（一般の診療科・他総合病院院（一般の診療科・精神科なし）から紹介	8	3.40	30	8.80	2	1.30
4: 無床総合病院精神科からの紹介	6	2.60	4	1.20	2	1.30
5: 精神科病院から紹介	4	1.70	55	16.10	5	3.30
6: 精神科診療所から紹介	52	22.10	11	3.20	10	6.50

7: 診療所（精神科以外）から紹介	3	1.30	11	3.20	9	5.90
8: 救命救急センターから救急要請	14	6.00	50	14.70	7	4.60
9: 精神科救急システムからの要請	0	0.00	5	1.50	9	5.90
10: 行政（警察・保健所など）	0	0.00	11	3.20	9	5.90
11: 23 条通報	0	0.00	3	0.90	19	12.40
12: 24 条通報	0	0.00	0	0.00	4	2.60
13: 大学病院など高次の病院から紹介	1	0.40	2	0.60	1	0.70
14: そのほか	0	0.00	1	0.30	0	0.00

<b>入院形態</b>							463.82 (6)	0.000
1: 任意	235	100.00	119	34.90	0	0.00		
2: 医療保護	0	0.00	217	63.60	127	83.00		
3: 措置	0	0.00	4	1.20	25	16.30		
4: 不明	0	0.00	1	0.30	1	0.70		
<b>転帰</b>							88.39 (12)	0.000
1: 他病棟（他科）に転棟	2	0.90	8	2.30	0	0.00		
2: 自宅へ退院	217	92.30	208	61.00	97	63.40		
3: 施設へ退院	6	2.60	40	11.70	25	16.30		
4: 単科精神科病院に転院	7	3.00	67	19.60	29	19.00		
5: 他の身体科の病院に転院	3	1.30	9	2.60	1	0.70		
6: 死亡退院	0	0.00	5	1.50	0	0.00		
7: その他	0	0.00	4	1.20	1	0.70		

---

精神保健医療福祉を取り巻く環境に係る中長期的な変化等を見据えた  
精神保健医療福祉提供体制の構築を推進するための研究

分担研究報告書

精神病床における病床機能報告の予備的検討

研究分担者：黒田直明<sup>1)</sup>

研究協力者：藤井千代<sup>2)</sup>、臼田謙太郎<sup>1)</sup>

研究代表者：黒田直明<sup>1)</sup>

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 公共精神健康医療研究部

2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部

研究要旨

**【研究目的】**

精神病床は新たな地域医療構想に位置づけられたが、現行の病床機能報告制度は主に一般病床・療養病床を対象としている。一方、精神科領域では精神保健医療福祉の実態把握を目的とした「630 調査」が実施されており、両調査間で項目の重複や医療機関の負担増加が懸念される。本研究では、精神病床を病床機能報告制度に組み込むことを想定し、630 調査との整合性を踏まえた最適な報告項目について予備的検討を行った。

**【方法】**

「令和6年度病床機能報告 報告様式1【病院】」の基本票、施設票、病棟票を基礎とし、630 調査との重複が想定される項目について検討した。対象項目は、基本情報、設置主体、職員数、承認状況、救急体制、医療機器、病床機能、入院料、患者状況、リハビリテーション等とした。精神病床に関する項目の追加や修正の必要性、および調査効率化の観点から整理した。

**【結果】**

基本情報の多くは既存項目を変更せず利用可能と考えられたが、「病棟コード・病棟名」「許可病床」等には精神病床区分の追加が必要と考えられた。施設票では精神科救急医療体制や精神科拠点機能など精神医療特有の情報を整理するため、「精神保健福祉法関連項目」等の大項目を新設する可能性が示された。また、医療機器として mECT（修正型電気けいれん療法）機器の追加、病棟票では精神科入院料や精神科地域包括ケア病棟入院料、精神科リハビリテーションに関する項目追加の必要性が示唆された。

**【考察】**

多くの項目は既存様式を維持することが妥当と考えられた一方、精神病床区分や精神医療特有の重要項目については追加が必要と考えられた。また、精神病床を有する医療機関のみを対象とした大項目として整理することで、回答負担の軽減につながる可能性がある。一方、職員数など収集負担が大きい項目については、病床機能報告へ移行せず 630 調査で継続収集の方が混乱が少ないと考えられた。今後は精神保健医療福祉関係者による議論を通じて、具体的な項目を検討する必要がある。

## A. 研究目的

病床機能報告制度は、平成 26 年 6 月に成立した「医療介護総合確保推進法」による医療法の改正に基づき創設された全国にある一般病床・療養病床を有する病院・診療所が対象の調査である。病床機能報告制度対象医療機関は自機関が所在する都道府県知事に対して報告することが法律により規定されている (1)。

精神病床が地域医療構想の対象に位置づけられる以前から精神病床の医療機関機能を把握している調査として 630 調査がある。630 調査は毎年 6 月 30 日 (一部 6 月 1 か月間) の精神保健医療福祉の実態を把握するための全国の精神科関係の医療機関を対象とした悉皆調査である (指定班)。同調査の中でも「設置主体」「職員数」「特定機能病院の承認」「地域医療支援病院の承認」「救急体制」「在院患者数」「退院患者数」等の情報を把握している。そのため病床機能報告において把握する項目と 630 調査の項目で重複する項目はないかあらかじめ確認しておく必要がある。

本研究では令和 7 年 12 月に「医療法等の一部を改正する法律」が成立し、精神病床が新たな地域医療構想に位置付けられたことを踏まえ、精神病床も対象に含めた病床機能報告を実施する場合を想定して、その最適な項目について予備的な検討を行う。

## B. 研究方法

「令和 6 年度病床機能報告 報告様式 1【病院】」の「①基本票」「②施設票」「③病棟票」をベースに 630 調査の重複になりえる項目について検討を行った。検討を行う項目は以下の通りである。

### ① 基本票

医療機関名、病床・外来管理番号、所在住所、病棟コード・病棟名

### ② 施設票

設置主体、職員数 (施設全体、病棟、手術室、外来、その他部門)、DPC、承認の有無、総合入院体制加算の届出の有無、急性期充実体制加算の届出の有無、小児・周産期・精神科充実体制加算及び精神科充実体制加算の届出の有無、在宅療養支援病院の届出の有無、在宅療養後方支援病院の届出の有無、看取りを行った患者数、救急体制・救急医療の実施状況、最大使用病床と最小使用病床数、医療機器台数、退院調整部門の設置状況

### ③ 病棟票

医療機能等 (高度急性期、急性期、回復期、慢性期、休棟、コロナ受入れ状況、介護医療院移行予定、許可病床数)、許可病床数、算定入院料・届出病床数、病棟部門職員数、主たる診療科、入院患者数の状況、入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況、退院後に在宅医療を必要とする患者の状況、分娩件数、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合、「地域包括ケア病棟入院料」、「地域包括ケア入院医療管理料」、「特定一般病棟入院料の注 7」の患者の状況、「総合入院体制加算」の患者の状況、リハビリテーションの状況

## C. 研究結果

表 1 の通り、既存の病床機能報告報告様式の①基本票、②施設票、③病棟票それぞれに精神科医療機能に関する項目を追加する場合にどのような改訂を行うか項目ごとに検討した。

①基本表では「医療機関名」等の基本情報は既存のものから変更する必要はなかつ

た。一方で、「病棟コード・病棟名」は精神病床の区分を追加の必要がある。

②施設票では、設置主体、職員数、最大・最小使用病床数等精神医療独自のカテゴリが存在するため、個別に項目ごとに選択肢を追加せずに、精神保健福祉法関連の項目をまとめて大項目を新設することも考えられた。一方で、当該項目は精神病床を有する医療機関以外は該当しないことになるため項目の作り方は検討が必要である。また、もし精神医療独自項目を作成する場合はその中で拠点機能や精神科救急医療体制等の精神医療独自の項目を追加する案も考えられた。「医療機器」では mECT(修正型電気けいれん療法)用の機器を追加する必要が考えられた。

③病棟票では、「許可病床」に精神病床の設問を追加すること、「算定入院料」に精神病床の入院基本料、特定入院料、届出病床数を追加する必要がある。病棟部門別の職員数については、今後検討の余地があるかもしれない。「主たる診療科」は精神病棟独自の選択肢を追加しなければ、既存の項目では回答ができなくなる可能性がある。「地域包括ケア病棟入院料」、「地域包括ケア入院医療管理料」、「特定一般病棟入院料の注7」の患者の状況」では、「精神科地域包括ケア病棟入院料」を追加する可能性が考えられた。また「リハビリテーションの状況」で「精神科リハビリテーションに関する定義」を追加することは一考の余地があるかもしれない。

#### D. 考察

「医療法等の一部を改正する法律」が成立し、新たな地域医療構想に精神病床が位置付けられたことを踏まえ、精神病床も対象に含めた病床機能報告を実施する場合を

想定して、病床機能報告 報告様式について予備的に検討を行った。すでに病床機能報告は実施されているため、大きな改訂は難しい前提で、精神医療の既存調査である 630 調査の項目を参考に追加の必要性がある項目、また追加を行い 630 調査の方の項目を削除するといった精神医療全体の調査の効率化といった観点から検討を行った。

結果としてほとんどの項目は既存の項目のまま調査を行うことが妥当であると考えられた。その中で、精神病床・精神病棟の区分を追加することは必要と考えられた。また指定病床や精神科拠点機能、精神科救急医療体制等いくつかの項目は調査全体では非該当が多い項目であるが、精神医療の地域医療構想においては重要と考えられる項目が何項目か想定された。それらの項目は「精神病床を有する医療機関」あるいは「精神保健福祉法に関連する項目」等の大項目を作り、その中で別建として収集した方が回答医療機関側の負担が軽減できる可能性がある。

一方で、職員数などすでに 630 調査でも問い合わせが多く発生する等収集に困難が予想される項目については今回の改定には含まずに、630 調査で引き続き調査を実施する方が混乱が少ないと考えられる項目も存在した。また、リハビリテーションの状況で精神病床における精神科リハビリテーションに該当する概念を追記したり、入院料について「精神科地域包括ケア病棟入院料」等、新たに概念の説明や用語の説明を追記する必要な可能性がある。

また、全体として 630 調査の項目はほとんどの項目は引き続き調査を続け、医療機関区分や設置主体などの項目は病床機能報告で収集する方がよりスムーズな収集が可能となると考えた。

## **E.結論**

精神病床が地域医療構想に位置づけられたタイミングで病床機能報告と他の調査との項目の整合を考えることは必要であると考える。今後、精神保健医療福祉関係者の議論を経て項目が決定されることが望まれる。

## **F.健康危険情報**

なし

## **G. 研究発表**

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

## **H. 知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

表 1

既存の病床機能報告調査票		項目の改訂可能性	案
調査票	項目		
①基本票	医療機関名	既存のまま	
①基本票	病床・外来管理番号	既存のまま	
①基本票	所在住所	既存のまま	
①基本票	病棟コード・病棟名	区分に追加	精神病床を区分に追加
②施設票	設置主体	新設	精神保健福祉法に関する事項の項目を新設し、指定病床の有無、精神病床数の項目追加。該当する医療機関のみ回答とする。
②施設票	職員数（施設全体、病棟、手術室、外来、その他部門）	項目追加	既存の職種以外に心理職と PSW を選択肢に追加。総合病院などで精神科だけ独立で聞くのは難しいか。
②施設票	DPC	既存のまま	
②施設票	承認の有無（特定機能病院、地域医療支援病院）	既存のまま or 項目を追加	拠点機能を追加するとしたら、精神保健福祉法に関連するという項目を別建てして、その中で拠点機能についての項目を新設するのはどうか（難しいければ追加しない）。
②施設票	総合入院体制加算の届出の有無	既存のまま	
②施設票	急性期充実体制加算の届出の有無	既存のまま	
②施設票	小児・周産期・精神科充実体制加算及び精神科充実体制加算の届出の有無	既存のまま	
②施設票	在宅療養支援病院の届出の有無	既存のまま	
②施設票	在宅療養後方支援病院の届出の有無	既存のまま	
②施設票	看取りを行った患者数	既存のまま	
②施設票	救急体制・救急医療の実施状況	既存のまま or 新設	既存の救急機能で取るか、精神科救急だけ、精神科独自の項目にするか

既存の病床機能報告調査票		項目の改訂可能性	案
調査票	項目		
			は要検討。
②施設票	最大使用病床と最小使用病床数	設問追加	一般病床、療養病床と精神病床は性質が異なるため、精神病床の最大と最小は別途項目を作る方がよいか。
②施設票	医療機器台数	選択肢を追加	mECT のサイマトロン（パルス波治療器）を追加
②施設票	退院調整部門の設置状況	既存のまま	
③病棟票	医療機能等（高度急性期、急性期、回復期、慢性期、休棟、コロナ受入れ状況、介護医療院移行予定、許可病床数）	既存のまま or 設問追加	精神病床の機能が確定したら選択肢を追加。あるいは精神病床だけが該当することがわかるように設問をつかした方がよいか。
③病棟票	許可病床数	設問追加	精神病床（単位：床）の項目を追加する
③病棟票	算定入院料・届出病床数	選択肢を追加	精神病床の入院基本料と特定入院料、届出病床数（精神病床）を追加。
③病棟票	病棟部門職員数	要検討	630 調査で病棟専従の項目は問い合わせは多い。精神科に関連する病棟部門の職員数を取るの難しいかもしれないため、引き続き 630 調査で取得か。
③病棟票	主たる診療科	設問追加	精神病棟独自選択肢を追加するか。その場合は精神科 or 心療内科 or その他診療科とするか？
③病棟票	入院患者数の状況	既存のまま	
③病棟票	入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況	既存のまま	

既存の病床機能報告調査票		項目の改訂可能性	案
調査票	項目		
③病棟票	退院後に在宅医療を必要とする患者の状況	既存のまま	
③病棟票	分娩件数	既存のまま	
③病棟票	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合	既存のまま	
③病棟票	「地域包括ケア病棟入院料」、「地域包括ケア入院医療管理料」、「特定一般病棟入院料の注7」の患者の状況	既存のまま+項目追加	「精神科地域包括ケア病棟入院料」を選択肢に追加する可能性はあるか。
③病棟票	「総合入院体制加算」の患者の状況	既存のまま	
③病棟票	リハビリテーションの状況	既存のまま+項目追加	精神科リハビリテーションに関する項目を追加するのも一案か。あるいは既存のリハビリテーション提供状況の項目の中に精神科リハビリテーションに関する定義を追記する可能性はある。