

## 総合病院精神科の機能に関する研究

研究分担者：佐竹直子（国立国際医療研究センター国府台病院）

研究協力者：船山道隆（足利赤十字病院 神経精神科），平俊 浩（福山市民病院 精神科・精神腫瘍科），赤羽隆樹（公立置賜総合病院 精神科），佐伯吉規（がん研有明病院 緩和治療科），高田知二（岐阜県立多治見病院 精神科），加藤 温（国立国際医療研究センター病院 精神科），小石川比良来（亀田総合病院 心療内科・精神科），長谷川雄介（富山県立富山市民病院 精神科），佐藤茂樹（成田赤十字病院 神経精神科），小松尚也（医療法人同和会千葉病院 院長），北村 立（石川県立こころの病院 院長），橋本 聡（国立病院機構熊本医療センター 精神科），小林さやか（埼玉医科大学総合医療センター メンタルクリニック），佐々木由里香（地方独立行政法人山梨県立病院機構 山梨県立中央病院 患者支援センター），羽田彩子（国立精神・神経医療研究センター）

### 要旨

総合病院精神科の機能を明確化するために、総合病院精神科基礎調査の分析による総合病院精神科の類型化とそれぞれのクラスターが有する機能の分析、総合病院精神科と精神科病院、行政機関に対するインタビュー調査を実施し、それぞれの立場からの総合病院精神科のニーズの把握とその比較、更に総合病院精神科病床のニーズ調査を実施した。

総合病院精神科は有床、無床と救急や身体合併症対応などの機能により4つに類型化された。また、そのニーズは自殺対応を含む精神科救急・急性期、身体合併症・身体管理、mECT、クロザピン、摂食障害などの身体管理を有する精神科専門治療、周産期、緩和ケアなどのコンサルテーション・リエゾンなど多岐にわたり、そのニーズは地域の中でも認められていた。総合病院精神科病床の入院患者は、約6割が身体合併症もしくは身体管理が必要なケースで、身体管理が必要な精神科専門治療、自殺企図、身体合併症治療、精神科救急・急性期などが大半を占めることが分かった

### A. 研究の背景と目的

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）とは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたものであり、この構築に向けて「包括ケアシステム構築に係る検討会（厚生労働省,2020-2021）」において検討が行われ

た。医療、行政、福祉の各サービスの「にも包括」における役割が明確化され、精神科医療においては精神科病院、精神科クリニック、訪問看護などそれぞれの機能が組み込まれた。一方で、総合病院精神科の機能については明確化されないまま検討会は終了した。救急・急性期治療や身体合併症治療を中心とした機能を持つ総合病院精神科の「にも包括」における役割の明確化は、システム構築において重要な課題であるが、総合病院精神科も

様々な形態があり、その機能を一つにまとめることは難しく、これまで役割の明確化に至らなかった。

本研究では、「にも包括」における精神科医療の役割の明確化と診療報酬等の制度改正への提案を通じた、総合病院精神科を含む精神科医療機関の医療の質の向上と、保健（行政）・福祉との連携強化のための具体的提言を作成することを最終的な目的としている。そのために、まずは、総合病院精神科の実態を把握し、総合病院精神科における機能を明確にすることを目的とした。①総合病院精神科の類型化、②インタビュー調査による実態調査、③有床総合病院精神科を対象とする実態調査の、3つのセクションからなる研究を実施したので、ここに報告する。

### ① 総合病院精神科の類型化

## B. 方法

### 研究方法（調査方法）

日本総合病院精神学会では 2002 年より総合病院精神科基礎調査（以下「基礎調査」）を 2 年ごとに実施し、精神科を有する全国約 500 の総合病院に協力を依頼している。本研究では基礎調査の 2020 年のデータを分析した。

### 対象施設

2020 年の基礎調査では、精神科を有する全国の総合病院 751 施設に Web 調査を依頼した。基礎調査に回答した 388 施設のうち 70 施設は特定機能病院であった。また 25 施設は診療形態についての設問の「入院の有無」に対する回答がなく、精神科の病床を有するか判別不可能であった。したがって、388 施設の基礎調査の回答のうち、特定機能病院ではなく、かつ、有床無床の区別が可能な 297 施設のデータを分析に用いた。

### 調査内容

調査内容は、病院施設の特徴（施設規模、病院機能、治療プログラムなど）、精神科の診療体制、診療統計からなる。

## 調査期間

2020 年 11 月～21 年 3 月

## 倫理的配慮

基礎調査においては、個別の施設が同定できないような形で集計すること、学会活動以外の目的で使用しないことなど、倫理的な配慮に基づき実施されている。

## 統計解析／分析方法

有床総合病院精神科（以下、有床）と無床総合病院精神科（以下、無床）の違いを明確にするために、それぞれの変数について、名義変数の場合には  $\chi^2$  検定を、連続量で表される変数は  $t$  検定を行い、比較した。のちに述べるが、有床と無床では明らかにその病院の規模や病院が持つ機能が異なると考えられたため、有床の群と無床の群で、各々 Two-step cluster analysis を行い、総合病院精神科の類型化を図った。Two-step cluster analysis には、「救急医療体制」「精神科リエゾンチーム加算」「緩和ケア診療加算」「認知症ケア加算」「地域医療支援病院の指定」「災害拠点病院の指定」の有無、「総合入院体制加算」の取得状況、「リエゾン活動」「地域の精神保健活動」の有無、「精神科救急」の実施体制、「身体合併症管理加算」「児童・思春期専門外来」「児童・思春期専門病棟」「アルコール依存症専門外来」「アルコール依存症専門病棟」「認知症専門外来」「認知症専門病棟」「身体合併症専門外来」「身体合併症専門病棟」「緩和ケア専門外来」「緩和ケア専門病棟」「ECT」「クロザピン治療プログラム」「リワーク」の有無の変数を投入した。有床と無床それぞれで、抽出されたクラスターの特徴を把握するために、名義変数の場合には  $\chi^2$  検定を、連続量で表される変数は  $t$  検定を行い、クラスターごとに比較した。多重比較となるため、検定の有意水準を 0.1% 未満とした。

## C. 結果／進捗

まず、総合病院精神科の有床と無床とで、病院施設の特徴（施設規模、病院機能など）、

精神科の診療体制、治療プログラムについて比較した。

病院施設の特徴のうち、「救命救急センターの設置の有無」「精神科リエゾンチームの配置」「精神科リエゾンチーム加算」「緩和ケアチームの配置」「認知症ケアチームの配置」「地域の精神保健活動の有無」「都道府県精神科救急医療体制への参加の有無」「身体合併症に対する都道府県のシステムへの関与の有無」「身体合併症管理加算」について、「あり」と回答した施設は、有床の方が多かった ( $p<0.001$ )。有意差を認めなかったのは「緩和ケアチーム加算の有無」「認知症ケアチームの配置」であった。地域の精神保健活動を行っている場合に、「措置診察の対応の有無」「医療観察法通院処遇の有無」で、「あり」と回答した施設は、有床の方が多かった ( $p<0.001$ )。救急体制と身体合併症関連においては「身体合併症に対する都道府県のシステムへの関与の有無」「身体合併症管理加算の有無」において、「あり」と回答した施設は、有床の方が多かった ( $p<0.001$ )。施設規模については、病床数は有床が平均 504.9 床に対し無床が 402.1 床で、有床において規模が大きい ( $p<0.001$ )ことが示唆された。

診療体制について、常勤の精神科医師数は、有床が平均 4.9 人に対し無床が平均 1.3 人、常勤の精神保健指定医数は、有床が 3.4 人に対し無床が 0.9 人、常勤の精神保健福祉士の数は、有床が 2.9 人に対し無床が 1.0 人、常勤の公認心理師の数は、有床が 1.9 人に対し無床が 1.0 人、常勤の精神科作業療法士の数は、有床が 1.4 人に対し無床が 0.0 人で、有意差を認めた ( $p<0.001$ )。有床が無床より診療体制が充実していることが示唆された。

治療プログラムにおいては、「身体合併症専門病棟」「ECT」「クロザピンプログラム」について「あり」と回答した施設は、有床総合病院精神科の方が多かった ( $p<0.001$ )。

これらの結果から、有床総合病院精神科と、無床総合病院精神科とで、異なる機能や特徴

を有しており、有床総合病院精神科と無床総合病院精神科で別々に類型化を行うことが妥当と考えられた。そこで、有床、無床のそれぞれで Two-step cluster analysis を行った。その結果、有床では多機能型 ( $n=69$ ) と機能限定型 ( $n=68$ )、無床でも多機能型 ( $n=89$ ) と機能限定型 ( $n=61$ ) のいずれも 2 クラスタに類型化された。それぞれのクラスターの特徴を見たところ、まず有床では、多機能型は「救命救急センターの設置」、「精神科リエゾンチームの配置」、「精神科リエゾンチーム加算」、「緩和ケアチームの配置」、「緩和ケア診療加算」、「身体合併症に対する都道府県のシステムへの関与」、「身体合併症管理加算」、「身体合併症専門病棟」、「緩和ケア専門外来」について、「あり」と回答した施設が、機能限定型に比べて有意に多かった ( $p<0.001$ )。総合入院体制加算については、多機能型では総合入院体制加算 1, 2, 3 の順に多く「とっていない」と答えた施設わずかに 5 施設であったのに対して、機能限定型では「とっていない」と答えた施設が最も多く、続いて、総合入院体制加算 3, 2, 1 の順に多かった ( $p<0.001$ )。病院の規模や人員の配置においても、全病床数は多機能型が平均 626.0 床、機能限定型が平均 402.5 床、常勤医師数は多機能型が平均 165.5 床、機能限定型が平均 89.1 人で、有意差が見られた。常勤の精神科医師の数、常勤の精神保健指定医の数、常勤の精神保健福祉士の数、常勤の公認心理師の数、常勤の精神科作業療法士の数について有意差はなかった (図 1~6 参照)。

無床では、多機能型は「救命救急センターの設置」、「精神科リエゾンチームの配置」、「精神科リエゾンチーム加算」、「緩和ケアチームの配置」、「緩和ケア診療加算」、「認知症ケアチームの配置」の有無、「地域医療支援病院」の承認の有無、「災害拠点病院の指定」「リエゾン活動」「緩和ケア専門外来」の有無において、「あり」と回答した施設が、機能限定型に比べて有意に多かった ( $p<0.001$ )。総合入院

体制加算については、総合入院体制加算をとっている無床施設は0であったが、多機能型では総合入院体制加算2,3の順に多く「とっていない」と答えた施設わずかに16施設であったのに対して、機能限定型では「とっていない」と答えた施設が57施設と最も多く、続いて、総合入院体制加算3が3施設、総合入院体制加算2をとっている施設が1施設であった( $p<0.001$ )。病院の規模や人員の配置においても、全病床数は多機能型が平均486.0床、機能限定型が平均264.7床、常勤医師数は多機能型が平均132.2人、機能限定型が平均51.1人、常勤の精神科医師の数は多機能型が平均1.6人、機能限定型が平均0.8人、常勤の精神科専門看護師数は多機能型が平均0.3人、機能限定型が平均0.1人、常勤の公認心理師の数は多機能型が平均1.4人、機能限定型が平均0.3人で、有意差が見られた。常勤の精神保健指定医の数、常勤の精神保健福祉士の数、常勤の精神科作業療法士の数について有意差はなかった

(図7~12参照)。

## ② インタビュー調査による実態調査

### B. 方法

インタビューガイドを作成し、3名のインタビュアーがインタビュー調査を実施した。インタビューの内容は「最近のGHPの変化(診療報酬改定とともに)」「病病、病診連携の状況」「地域システムにおける連携(福祉、行政)」「院内ニーズ(院内他科、救急からのニーズ)」「院内での精神科の立ち位置」「医師確保の問題」をテーマとした。

#### 調査対象者

個別インタビュー：GHPの精神科診療部/科長10名(有床6名、無床2名)

精神科病院施設長(自治体精神科病院 施設長1名、民間精神科病院 院長1名)

グループインタビュー：全国精神保健福祉相談員会(以下、全精相)相談員7名

調査実施期間：2022年7月~11月

## C. 結果

### GHPの精神科診療部/科長のインタビュー

#### 〈最近のGHPの変化〉

- ・さまざまな加算はありがたいが、結局は一般身体科の診療報酬と比較すると精神科の診療報酬とはかなり差がある(有床)。
- ・診療報酬の改善が追い風となった(有床)。
- ・精神科リエゾンが業務の中心になっており、地域医療に貢献している(無床)。
- ・医療者のメンタルヘルスにコミットメントを行うようになった(無床)

#### 〈病病、病診連携の状況〉

- ・認知症と気分障害の患者が精神科ではなく一般クリニックからが多い(有床)。
- ・病病連携は精神科病院のみならず、一般病院からのニーズもある(有床)。
- ・ECTや身体合併症に関してのケースが多い(有床)。
- ・他の精神病院からの身体合併症対応は身体科がダイレクトに対応することが可能、精神症状が重症時には身体、精神両方に相談がある(有床)
- ・院内で継続しているリエゾンコンサルテーションのスキルや文化を地域に広げていくよう工夫している(無床)。
- ・依頼してきている精神科医の顔を知っていることも患者の受け入れをスムーズに行うために重要(無床)。

#### 〈地域システムにおける連携(福祉、行政)〉

- ・複雑な例や地域での処遇混乱例について福祉と関わることもある(有床)。
- ・児童相談所の嘱託医、保健所の嘱託医、措置鑑定も行っている(有床)。
- ・措置鑑定(一次鑑定)、警察署に行っただけの一次鑑定を行っている(無床)
- ・対象症例に関して地域と情報連携を行う(無床)。
- ・精神疾患を持つ妊婦、産婦人科医が必要と認めた妊婦、患者自身の希望を対象に、精

精神科がチーム医療に加わるとハイリスク妊産婦加算が取れる（無床）。

#### 〈院内ニーズ（院内他科、救急からのニーズ）〉

- ・コンサルテーションとして精神科から身体科に伺う（有床）。
- ・せん妄の対応、身体合併症、緩和ケア、うつ、小児虐待例、産後うつ、自殺企図など様々なニーズがある（有床）。
- ・緩和ケアを期待されている（有床）。
- ・救急救命センターからの自殺企図者への対応（有床）。

#### 〈院内での精神科の立ち位置〉〈医師確保の問題〉

- ・中心的な立場ではなく、端に位置する（有床）。
- ・精神科は撤収した方が良いのではという意見もある（有床）。
- ・看護師など医師以外の職員が、常勤の精神科医の存在を強く求めていると感じられる（無床）。

#### 精神科病院施設長のインタビュー

- ・身体疾患を併発している初診患者（認知症も含め）の身体評価をお願いしたい
- ・専門性の高い身体合併症（対応のニーズはある
- ・初期臨床研修制度が始まって、精神科のない総合病院でも精神科で研修をした医師が増えてきており、身体合併症の治療の受け入れは増えており、総合病院精神科と使い分けをしている
- ・摂食障害や ECT など地域の精神科専門病院と、総合病院精神科と機能分化し連携している

#### 全精相相談員 7 名のグループインタビュー

- ・総合病院精神科は地域偏在性があり、総合病院精神科がない地域では、その機能が見えにくいところがある
- ・身体合併症や摂食障害や周産期など身体管理が必要なケースをお願いしている
- ・夜間精神科病院では対応が難しい場合が多

く、24 時間対応の総合病院精神科の存在が助かる

これら二つの調査から、総合病院精神科の類型化と課題の分析を図 13 に、また地域ニーズへの対応状況と、総合病院精神科の持続可能性を阻害する現状を図 14 に示した。

総合病院精神科が幅広い機能を持ち、そのニーズは地域の中でも広く認識されている一方で、地域偏在や総合病院内で不採算部門となりやすいことなどから、ニーズにこたえる体制が維持しにくいという問題があると思われる。

### ③ 有床総合病院精神科を対象とする実態調査

#### B. 方法

研究協力機関となった各医療機関において、精神科に勤務する医師が、対象者に関する情報を調査用フォームに記入し、データを収集した。

#### 研究対象

有床の総合病院精神科の精神科病棟に入院していた患者

#### 研究対象施設

日本国内の有床の総合病院精神科 10 施設

#### 調査項目

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、転院・転棟の有無、入院経路、入院形態、調査日時点の在院日数、入院時の

#### GAF 得点

#### 研究対象期間

2022 年中の任意の 1 日

#### 倫理的配慮

本調査は、国立国際医療センター臨床研究センター倫理委員会の承認を得て、実施した（承認番号 NCGM-S-004616-00）。

#### 分析方法

10 施設において収集したデータ（ $N=359$ ）の記述統計を算出した。また、入院の目的に

については質的に分類し、コード化した。

### C. 結果

記述統計：表1～4を参照。

**入院目的のコード化**：N=359 それぞれの入院の目的は、【薬物調整と服薬管理（クロザピンプログラムを含む）】【m-ECT】【希死念慮・自殺企図】【自殺企図関連の合併症】【電解質異常、低栄養など、全身状態の管理（先行する精神疾患のために全身状態が悪化）】【先行する身体疾患に精神症状が合併】【先行する精神疾患に身体疾患が合併】【器質性疾患との鑑別と管理】【精神科急性期症状】【措置対応】【セカンドオピニオン】【(本人の)レスパイト】【家族関係の調整（家族のレスパイトも含む）】【虐待からの保護または介入】【ケースワーク】【リハビリ】【薬物中毒】の、17のコードにまとめた。

【m-ECT】「薬物調整と服薬管理（クロザピンプログラムを含む）」「m-ECT」の2つのコードは、メインコードの「身体管理が必要な精神科専門治療」にまとめた。「希死念慮・自殺企図」「自殺企図関連の合併症」の2つのコードはメインコードの「精神科救急・自殺企図」にまとめた。「電解質異常、低栄養など、全身状態の管理（先行する精神疾患のために全身状態が悪化）」「先行する身体疾患に精神症状が合併」「先行する精神疾患に身体疾患が合併」「器質性疾患との鑑別と管理」の4つのコードは、メインコードの「身体合併症治療・身体管理」にまとめた。「精神科急性期症状」「措置対応」の2つのコードは、メインコードの「精神科急性期症状」にまとめた。「セカンドオピニオン」「(本人の)レスパイト」「家族関係の調整（家族のレスパイトも含む）」「虐待からの保護または介入」「ケースワーク」「リハビリ」「薬物中毒」の7つのコードは、メインコードの「その他」にまとめた。

最終的に、「身体管理が必要な精神科専門治療」「精神科救急・自殺企図」「身体合併症治療・身体管理」「精神科急性期症状」「その他」

の5つのメインコードに分類した（図15参照）。

### D. 考察

総合病院精神科の機能の明確化と類型化を目的に3つの調査を実施した。

基礎調査の分析による類型化では、有床・無床と多機能型・機能限定型の4つのクラスターに分類された。基礎調査のデータ数の限界も考えられるが、総合病院全体の機能、身体科のニーズ、精神科医の専門性、さらには地域特性などから、総合病院精神科の持つ機能の組み合わせが多岐にわたることが、より複数のクラスターに分類することを困難にしているものと考えられる。

有床、無床ともに多機能型は母体となる病院の規模が大きく、精神科リエゾンチームを持つことで総合入院体制加算1などの診療報酬を得ることができるため、院内での精神科の維持の必要性が認められるが、機能限定型の場合には、精神科は不採算部門となりやすく、ニーズは認められてもその維持は困難になりやすい。そのため、総合病院精神科は今後多機能化を求められると考えられる。

一方、機能限定型の有床施設の中には、地域で唯一の精神科医療機関で、すべての精神科医療サービスを担っている施設もあるため、包括ケアシステムにはなくてはならない施設となり、存続の方策が必要である。

ニーズ調査と有床施設調査からは、総合病院精神科の機能は、身体合併症治療や自殺企図や昏迷状態など精神科救急・急性期治療とmECTや摂食障害、クロザリルなど治療身体管理が必要な精神科専門治療、周産期メンタルヘルスや緩和医療、児童虐待、器質性精神疾患など身体科との連携が必要なリエゾン医療、更には災害対応など様々なものが挙げられ、「救急（身体・精神）医療」「身体合併症・身体管理」「リエゾン精神医療」の3つがキーワードになると考えられる。また、保健所の嘱託医や措置診察など地域の保健活動への参

加も過半数の施設で実施されており、これらの機能も「にも包括」の中で重要な役割を担っていると考えられる。

有床施設の入院は、56%が身体治療・身体管理・身体科の関与が必要なケースで、精神科救急・急性期治療における身体管理の割合も高く、この患者群への対応が主なニーズになると考えられる。

「にも包括」において、地域ニーズにこたえるためそれぞれの地域でこれらの機能を担う総合病院精神科の均てん化が条件であると考えられるが、総合病院精神科は地域偏在がすすんでおり、今後さらに患者がそれぞれの地域で必要なサービスを受けられなくなる状況にあると考えられ、この状況を改善するための施策が必要と考えられる。

## **E. 健康危険情報**

該当なし

## **F. 研究発表**

- 1.論文発表：準備中
- 2.学会発表：準備中

## **G. 知的財産権の出願・登録状況**

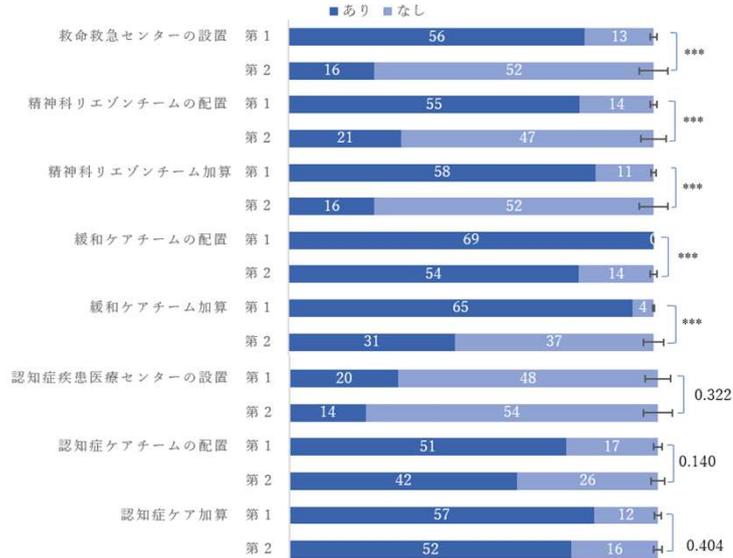
- 1.特許取得：なし
- 2.実用新案登録：なし
- 3.その他

## **文献**

1. 総合病院精神科における機能の変化 多様性と専門：佐竹直子, 精神医学第 66 巻第 2 号 201-206,医学書院, 2023 年 2 月
2. 2016 年総合病院基礎調査からみた全国の有床総合病院精神科の状況：早川達郎, 佐竹直子, 総合病院精神医学 Vol.32 No4.385-392, 2020

## 図1 GHPの類型化 (Two-step cluster 分析)

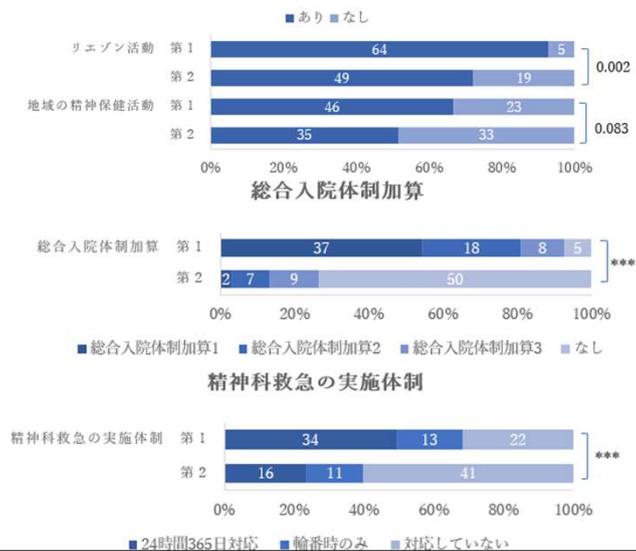
有床の総合病院精神科の第1クラスター(n=69)、第2クラスター(n=68)の比較



## 図2 GHPの類型化 (Two-step cluster 分析)

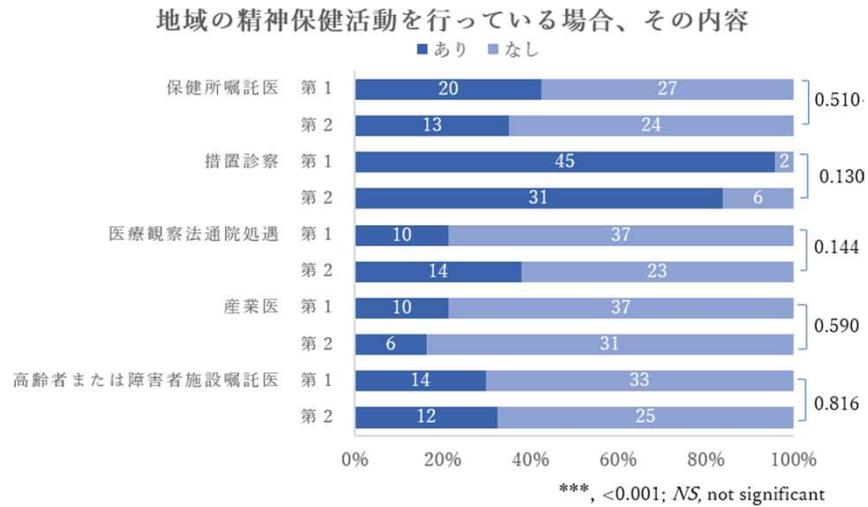
有床の総合病院精神科の第1クラスター(n=69)、第2クラスター(n=68)の比較

精神科の診療を行っている場合の診療形態



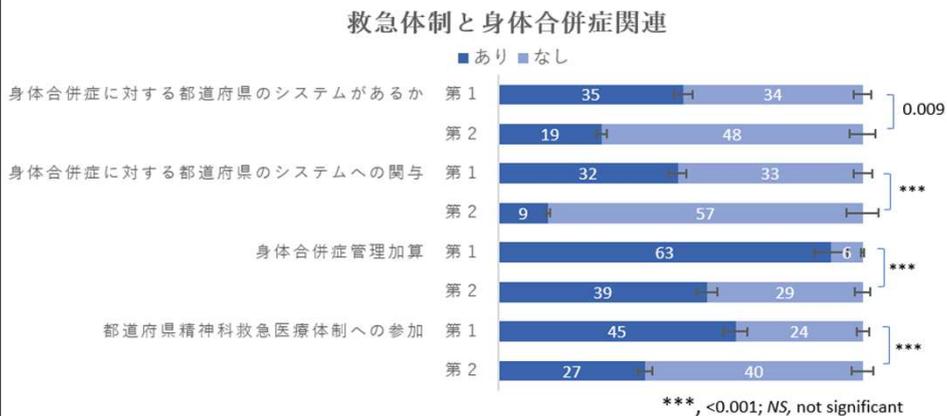
### 図3 GHPの類型化 (Two-step cluster 分析)

有床の総合病院精神科の第1クラスター(n=69)、第2クラスター(n=68)の比較



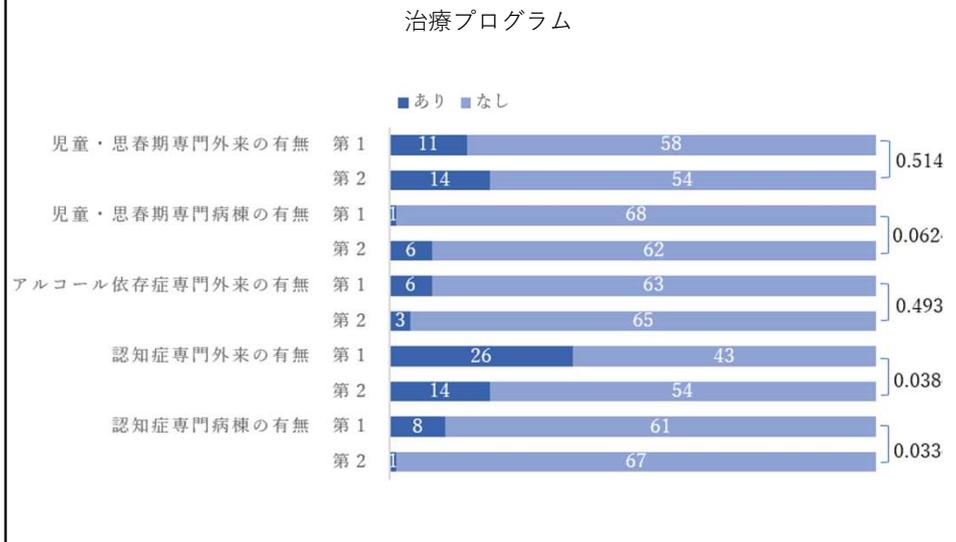
### 図4 GHPの類型化 (Two-step cluster 分析)

有床の総合病院精神科の第1クラスター(n=69)、第2クラスター(n=68)の比較



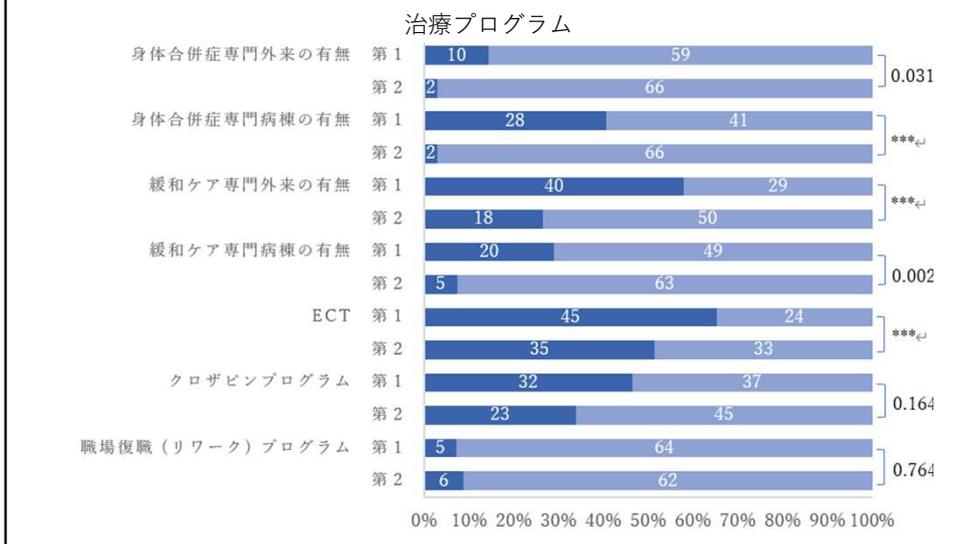
## 図5 GHPの類型化 (Two-step cluster 分析)

有床の総合病院精神科の第1クラスター(n=69)、第2クラスター(n=68)の比較



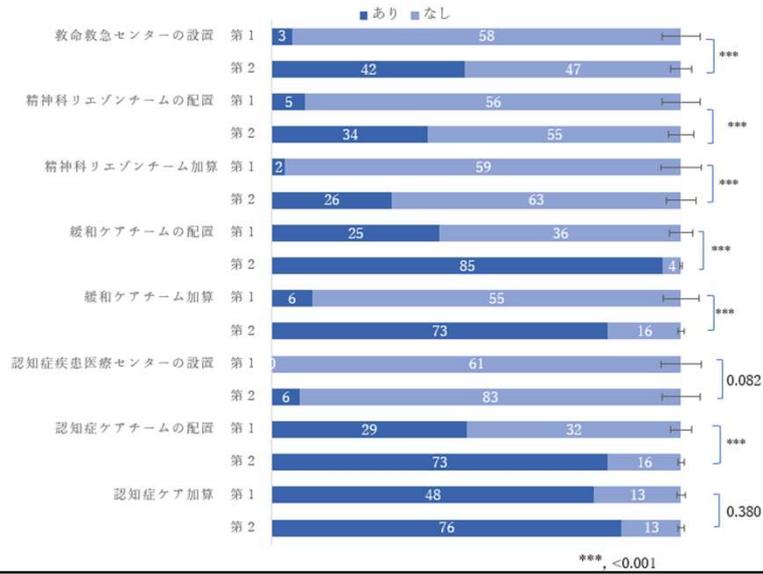
## 図6 GHPの類型化 (Two-step cluster 分析)

有床の総合病院精神科の第1クラスター(n=69)、第2クラスター(n=68)の比較



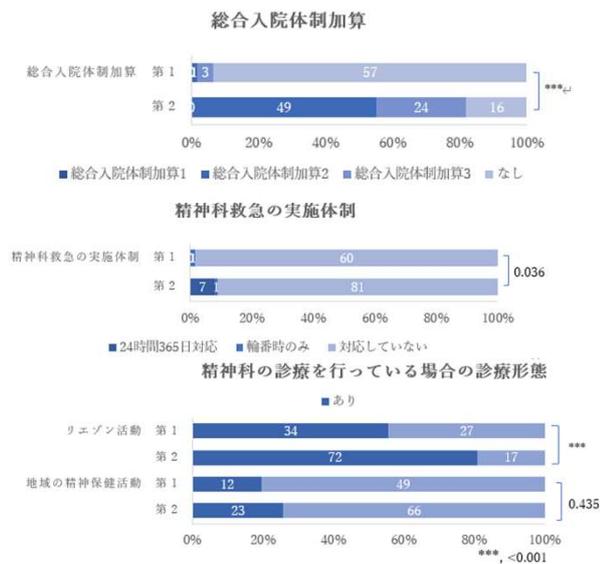
## 図7 GHPの類型化 (Two-step cluster 分析)

無床の総合病院精神科の第1クラスター(n=61)、第2クラスター(n=89)の比較



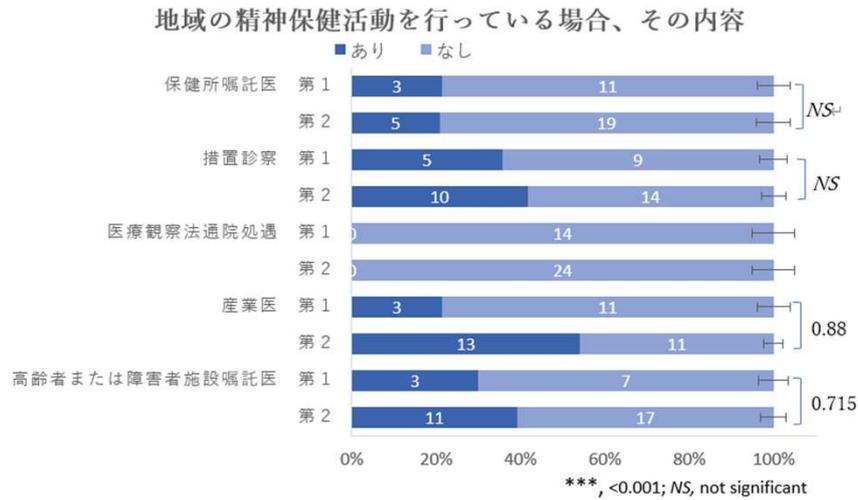
## 図8 GHPの類型化 (Two-step cluster 分析)

無床の総合病院精神科の第1クラスター(n=61)、第2クラスター(n=89)の比較



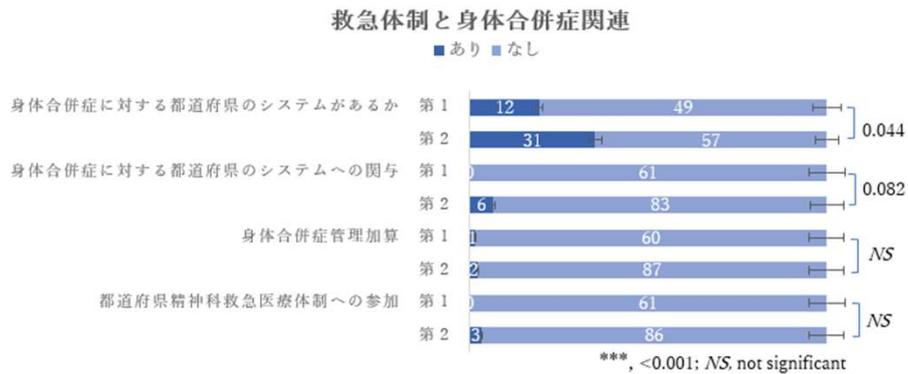
## 図9 GHPの類型化 (Two-step cluster 分析)

無床の総合病院精神科の第1クラスター(n=61)、第2クラスター(n=89)の比較



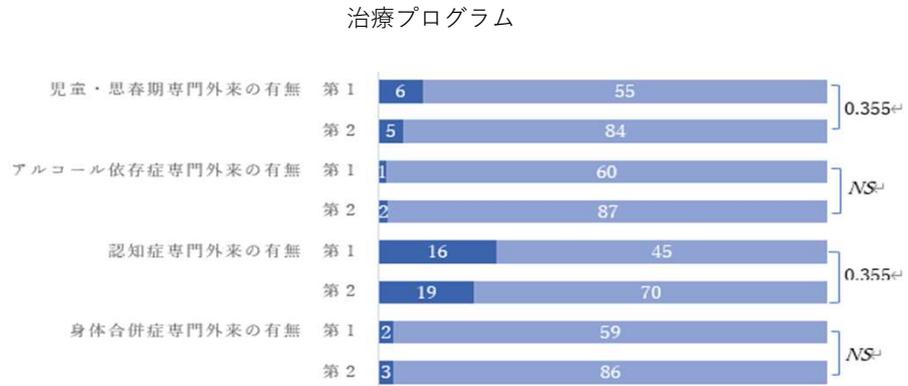
## 図10 GHPの類型化 (Two-step cluster 分析)

無床の総合病院精神科の第1クラスター(n=61)、第2クラスター(n=89)の比較



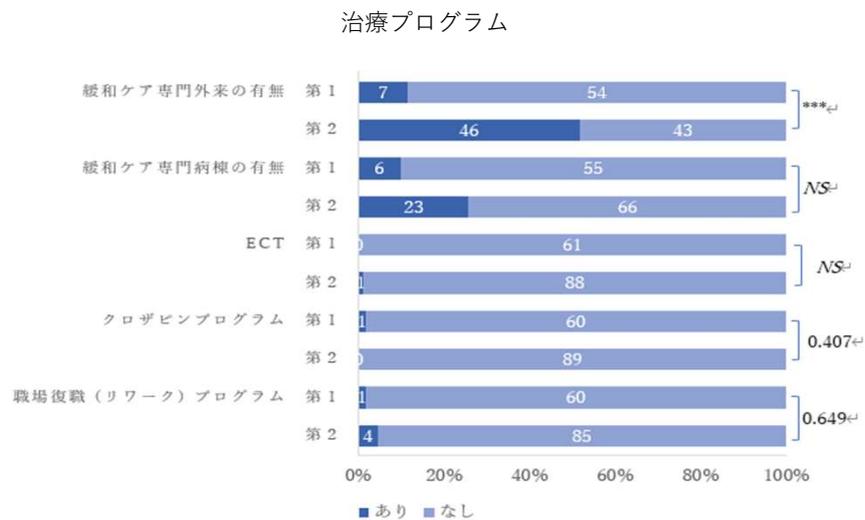
## 図11 GHPの類型化 (Two-step cluster 分析)

無床の総合病院精神科の第1クラスター(n=61)、第2クラスター(n=89)の比較



## 図12 GHPの類型化 (Two-step cluster 分析)

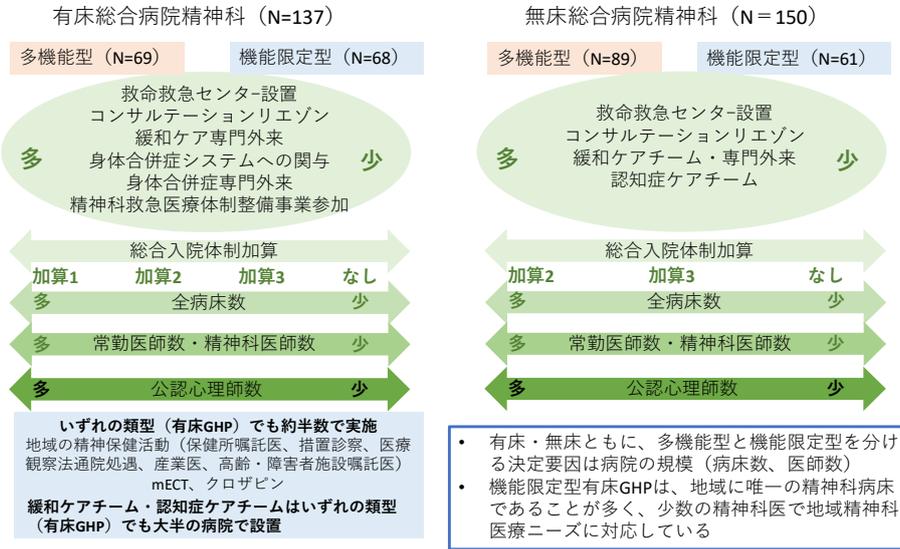
無床の総合病院精神科の第1クラスター(n=61)、第2クラスター(n=89)の比較



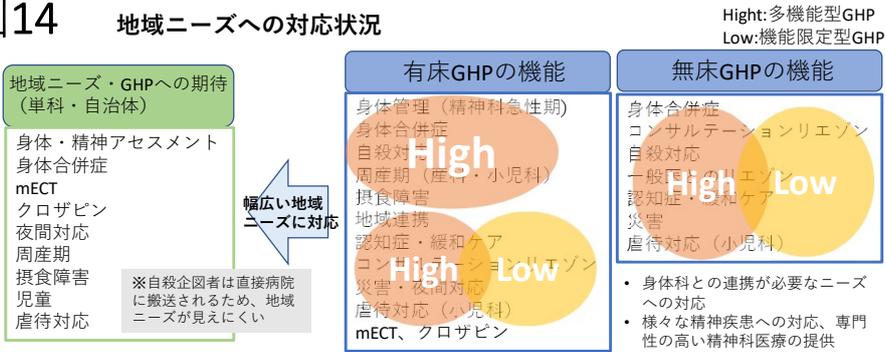
### 図13 総合病院精神科の類型化と課題の分析

Two-step cluster分析による類型化の試み（有床と無床に分けて検討）：Two-step cluster分析

結果の概要：有床・無床のいずれも、高機能型GHPと機能限定型GHPの2クラスターに類型化される



### 図14 地域ニーズへの対応状況



### 総合病院精神科のSDGsを阻害する現状

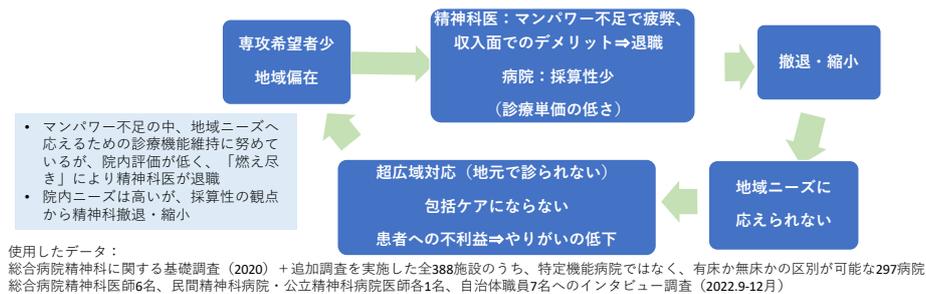


表1 GHP実態調査：記述統計①

施設ごとのケースの数		
施設名	<i>n</i>	%
国保旭中央病院	39	10.9
成田赤十字病院	44	12.3
富山市立富山市民病院	29	8.1
公立置賜総合病院	37	10.3
足利赤十字病院	35	9.7
国立国際医療研究センター 国府台病院	79	22.0
亀田総合病院	23	6.4
岐阜県立多治見病院	13	3.6
大阪赤十字病院	36	10.0
NHO熊本医療センター	24	6.7
合計	359	100.0

表2 GHP実態調査：記述統計②

ICD診断カテゴリ		
カテゴリ	<i>n</i>	%
F0: 症状性を含む器質性精神障害	55	15.3
F1: 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	7	1.9
F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	159	44.3
F3: 気分[感情]障害	95	26.5
F4: 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	15	4.2
F5: 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	8	2.2
F6: 成人の人格及び行動の障害	3	0.8
F7: 知的障害 (精神遅滞)	6	1.7
F8: 心理的発達の障害	8	2.2
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	1	0.3
欠損値	2	0.6
合計	357	99.4

表3 GHP実態調査：記述統計③

合併症の有無と入院の形態

合併症の有無	<i>n</i>	%
あり	202	56.3
なし	153	42.6
合計	355	98.9
欠損値	4	1.1
合計	359	100.0

入院の形態	<i>n</i>	%
任意入院	117	32.6
医療保護入院	222	61.8
措置入院	20	5.6
合計	359	100.0

表4 GHP実態調査：記述統計④

総合病院精神科のニーズ

総合病院精神科のニーズ	<i>n</i>	%
有床総合病院精神科でなくても良い	131	36.5
有床総合病院精神科が適している	228	63.5
合計	359	100.0

年齢、GAF得点、在院日数の最小値、最大値、平均値、標準偏差、歪度、尖度

	最小値	最大値	平均値	標準偏差	歪度	尖度
年齢	8	95	55.8	19.5	-0.2	-0.6
GAF得点	5	65	27.0	11.5	0.7	0.7
在院日数	0	1205	66.5	119.0	4.5	29.1

図15 GHP実態調査:入院目的のコード化

身体管理が必要な 精神科専門治療	【薬物調整と服薬管理（クロザピンプログラムを含む）】 【m-ECT】
精神科救急 ・ 自殺企図	【希死念慮・自殺企図】 【自殺企図関連の合併症】
身体合併症治療 ・ 身体管理	【電解質異常、低栄養など、全身状態の管理(先行する精神疾患のために全身状態が悪化)】 【先行する身体疾患に精神症状が合併】 【先行する精神疾患に身体疾患が合併】 【器質性疾患との鑑別と管理】
精神科救急 ・ 急性期治療	【精神科急性期症状】 【措置対応】
その他	【セカンドオピニオン】 【レスパイト】 【家族関係の調整（家族のレスパイトも含む）】 【虐待からの保護または介入】 【ケースワーク】 【リハビリ】 【薬物中毒】