

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、 χ^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、 χ^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、 χ^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^{1, 3)}、その背景には経営上の困難や人材不足があるとされる^{2, 3)}。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)⁸⁾ 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)⁴⁾ 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⁹⁾、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」⁸⁾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^{5~7)}、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	%
ICD 診断		
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%
性別		0.00%
1: 男性	270	37.00%
2: 女性	459	63.00%
身体合併症の有無		0.00%
1: あり	446	61.20%
2: なし	283	38.80%
入院目的		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%
有床GHPの必要度		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%
入院経路		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%
入院形態		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%
転帰		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 η^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 ^{NS}
GAF	31.69 (15.52)	31.43 (13.77)	27.12 (11.65)	8.526 (2, 726)***	0.02 1-3**; 1-2 ^{NS} 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 ^{NS} ; 1-2**; 2-3 ^{NS}
	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
ICD 診断				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		
性別							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		
身体合併症の有無							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		
入院目的							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		
入院経路							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		
入院形態							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		
転帰							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>)	η^2	
年齢	52.14 (19.96)	53.56 (22.39)	49.83 (17.06)	55.5 (10.61)	0.467 (3,725) ^{NS}	---	---
GAF	36.47 (13.18)	24.69 (11.77)	16.72 (8.84)	12.5 (10.61)	65.79 (3,725) ^{***}	0.21	2-1 ^{***} ; 3-1 ^{***} ; 4-1 [*] ; 3-2 ^{**} ; 4-2 ^{NS} ; 4-3 ^{NS}
					Kruskal-Wallis test		
	median (IQR)	median (IQR)	median (IQR)	median (IQR)	$X^2(df)$	ϵ^2	
在院日数	27 (12-51)	46 (19-90)	79 (38-122)	89 (85-94)	55.01 (3) ^{***}	0.02	2-1 ^{***} ; 3-1 ^{***} ; 4-1 ^{NS} ; 3-2 [*] ; 4-2 ^{NS} ; 4-3 ^{NS}
	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
性別								
							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		
身体合併症の有無									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		
入院目的									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		
有床GHPの必要度									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
入院経路								
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		
転帰									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 η^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) ***	ϵ^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		
性別							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		
身体合併症の有無							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		
入院目的							483.38 (20)	0.000
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		
有床GHPの必要度							465.80 (4)	0.000
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		
入院経路							290.32 (4)	0.000
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

入院形態							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		
転帰							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		