＜専門病院としての強みとこれからの展望＞

精神科医療の特殊性・専門性

（１）強制医療
　　→司法精神医療

（２）回復（リカバリー）
　　→精神科リハビリテーション

群馬県立精神医療センター　　須藤　友博

精神科救急の特殊性

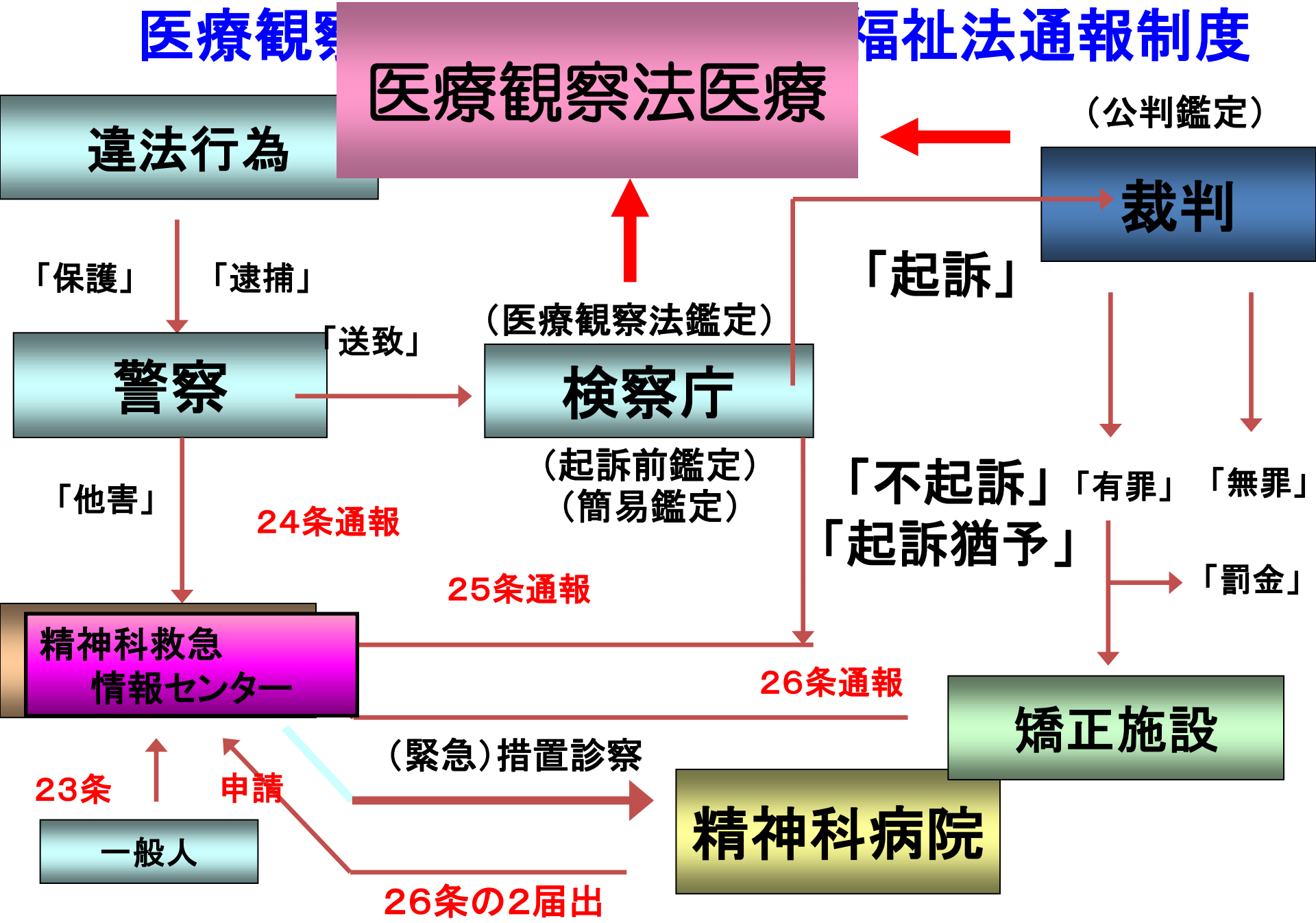
精神科救急と身体科救急の絶対的な違い

○身体科患者は原則自分の意志で受診する（意識障害は除く）。

○精神科患者は病状が重くなるほど、自分が病気という認識が欠如する（病識欠如）ため、救急となるような重篤な患者ほど自らの意志では受診しなくなり、時に自傷他害の恐れが生じる。

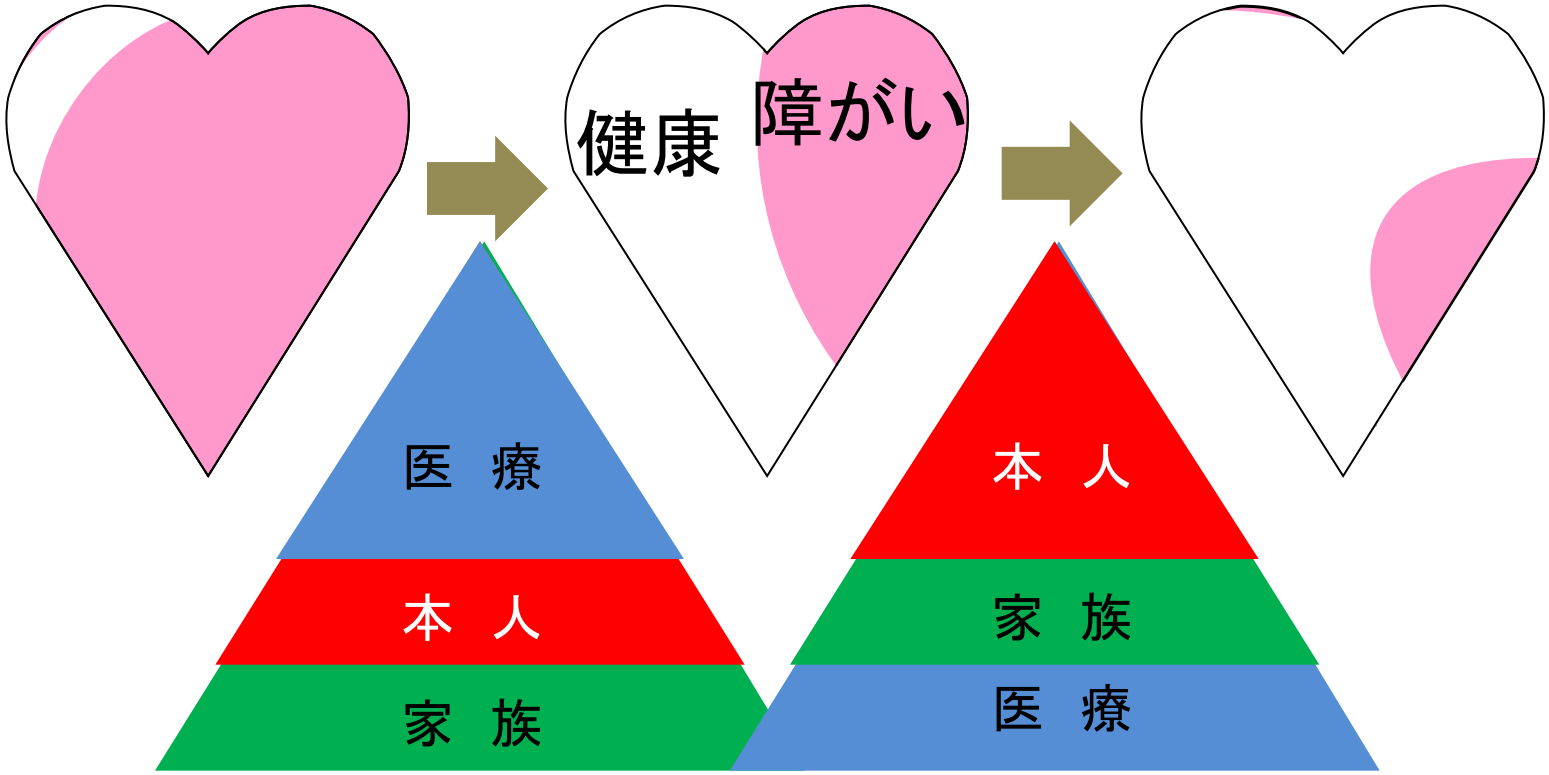
➡強制医療が必要となる（精神保健福祉法）

医療観察法医療福祉法通報制度



日本の精神医療の変化（地域で回復へ）

回復（リカバリー）



時代	医療が中心の時代（病院で病気を治す）から、本人が主体の時代（地域で回復を支援する）へ向かう

日本の精神医療の特徴と変化

（1）家族制度が充実していたため、国家としての責任が少なく、責任・医療費も国民負担。

（2）諸外国と比較して、精神医療の設備・人員、および司法との連携が充実していない。

（3）地域ケアの充実は図れないが、公的・民間での訪問・入所・通所を整備する途上である。

（4）単科精神病院が多く、合併症の問題。

（5）精神保健啓発活動は未だ不十分。

「地域で回復（リカバリー）の時代」に突入しつつある

日本の精神医療の特徴と変化

（1）家族制度が充実していたため、家族としての責任が少なく、責任[illegible]。

（2）諸[illegible]して、精神医療の設備・人員、および司法との連[illegible]していない。

（3）地域ケアの充実は図られ[illegible]民間での訪問・入所・通所を整備する[illegible]である。

（4）単[illegible]多く、合併症の問題。

（5）精神保健啓発活動は未[illegible]

「地域で回復（リカバリー）の時代」

2014 精神保健福祉法改正
保護者規定削除

2003
医療観察法

2004
裁判員裁判

2014 保険点数改正
ACTによる在宅医療

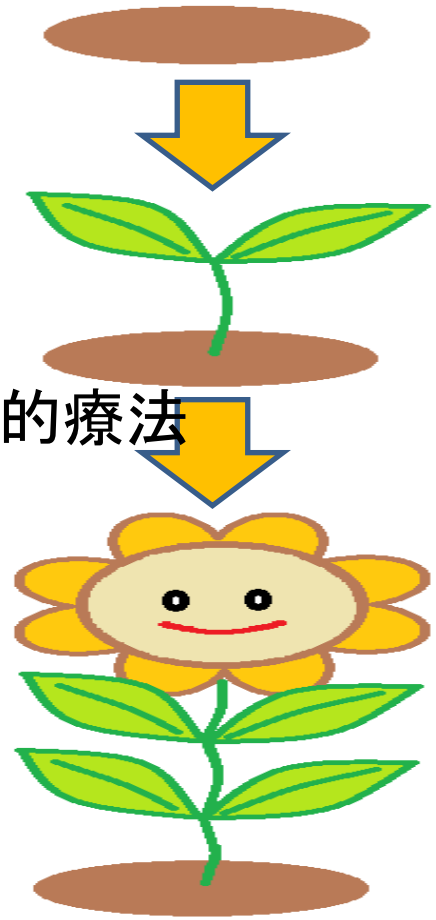
他科との連携
・精神科病棟

副読本・ピア
サポート活動

2013精神在宅
5疾病5事業

障がい → 精神障がいリハビリテーション → 回復

回復を芽吹かせる／育てる支援



- 疾病管理…各段階に応じた治療・支援
- 機能的アセスメント…長所も評価
- 社会生活技能訓練（SST）…心理社会的療法
- 家族心理教育…家族支援

- 職業リハビリテーション…役割・就労
- 個人ケースマネジメント（ACT）
  （…個別性・訪問）

リバーマン：精神障害と回復（池淵恵美監訳）、星和書店

群馬県立精神医療センターの現状

救急機能　治療機能

＊県内唯一の公立精神科病院
＊県内精神科救急の基幹病院
（警察・検察などの通報対応）
＊転院なしの一貫した治療
＊精神鑑定業務の一括対応
（医療観察法入院・通院機関）
＊思春期・高齢者も対応

「病棟機能分化」「治療構造」

全6病棟、265床（224床）

スーパー救急病棟 76床

医療観察法病棟 17床

平成25年度実績

外来数：年間522人、1日109人
入院数：年間526人
（H24年・546人、H23年・604人）
非自発入院が8割強を占める
警察官通報対応：191件・81%
在院日数：119.4日（病院全体）

機能分化された専門病棟群（全６病棟）

＊約60-70%の入院患者さんが約2-3ヶ月間で自宅退院となる。
＊残りは、病状や対人・住居・経済の改善目的で慢性期病棟に転棟。

スーパー救急病棟：38床

支援型スーパー救急病棟：38床

思春期・ECT・救急支援病棟：43床

社会復帰期病棟：42床

高齢者・リハビリ病棟：46床

医療観察法病棟：１７床

運用病床計224床

（急性期病棟群）→（リハビリ病棟群）

一病院内での入院から退院までの一貫した医療の流れ

回復段階に応じた治療・支援

入院から退院までの治療のながれ

様

※下記の治療が状態に合わせて組み合わされていきます。

安心と休息	治療への参加	退院への準備	安心した生活
診断・治療の開始	リハビリテーションの開始	退院後のイメージづくり 再発予防に向けて	①経済 ④人間関係 ②住まい ⑤就労 ③生活支援 ⑥医療の継続
急性期 （約2週間） 入院生活は・・・病棟内	**回復期** （約6週間） 同伴者と病院内	**社会復帰期** （約4週間） 一定時間、単独で敷地内	**地域生活**
●休養 ●薬物療法 ●観察とケア ●身体的検査 ●生活状況の確認	●生活リズムの回復 ●家族との面会 ●心理検査 ●疾病教育 ●作業療法 ●薬剤指導 ●栄養指導 ●家庭訪問 ●制度などの情報提供	●外出・外泊 ●各種治療プログラム ●社会資源の見学 ●体験デイケア ●退院前訪問看護 ●支援会議	●外来受診 ●訪問看護 ●外来作業療法 ●デイケア

毎日、医師の回診があります。

治療について心配なことがありましたら遠慮なくスタッフにお話しください。
一日も早い回復のためにお手伝いさせていただきます。

治療構造論に基づく
クリニカルパス

回復段階に応じた治療・支援

入院から退院までの治療のながれ

様

※下記の治療が状態に合わせて組み合わされていきます。

安心と休息

診断・治療の開始

急性期
（約2週間）
入院生活は・・・ 病棟内

- 休養
- 薬物療法
- 観察とケア
- 身体的検査
- 生活状況の確認

毎日、医師の回診があります。

治療について心配なことがありましたら遠慮なくス
一日も早い回復のためにお手伝いさせていただきます

修正型電気療法（高度専門医療）

回復段階に応じた治療・支援

入院から退院までの治療のながれ

様

※下記の治療が状態に合わせて組み合わされていきます。

安心と休息

診断・治療の開始

急性期
（約2週間）
入院生活は・・・ 病棟内

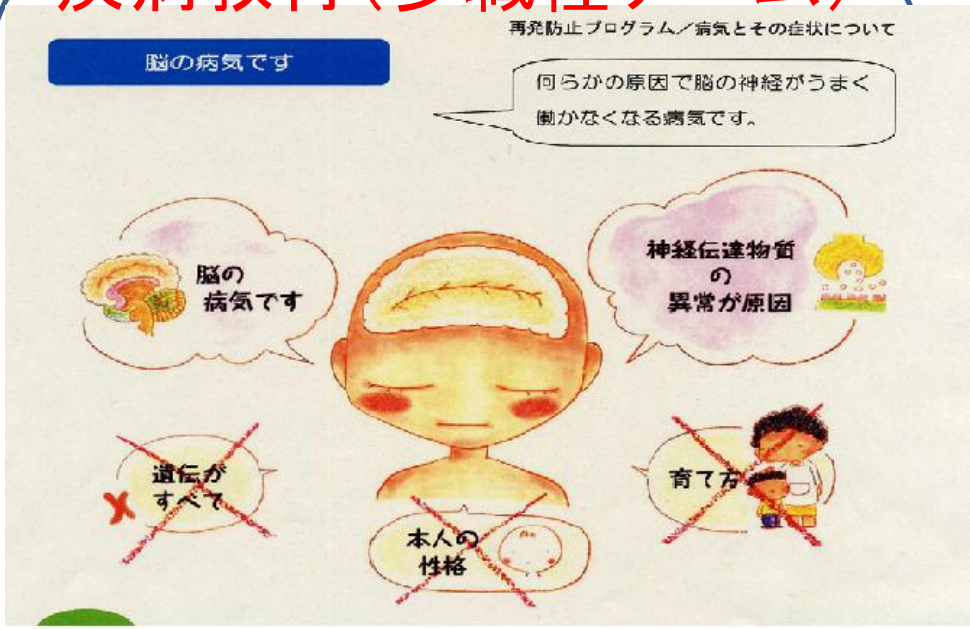
- 休養
- 薬物療法
- 観察とケア
- 身体的検査
- 生活状況の確認

毎日、医師の回診があります。

治療について心配なことがありましたら遠慮なくス
一日も早い回復のためにお手伝いさせていただきます

修正型電気

疾病教育（多職種チーム）



再発予防のためには、

① 定期的な通院と服薬

② 体調が悪くなる前ぶれに気づき、対処すること

が大切です

「あなたのこれまでの経過」が再発予防に多くのヒントを与えてくれます。何が再発のきっかけになるか、体調が悪くなる前ぶれは何か、今までどう対処していたか、などから、再発を予防するための対策を考えることができます。

回復段階に応じた治療・支援

入院から退院までの治療のながれ

様

※下記の治療が状態に合わせて組み合わされていきます。

支援会議（地域移行会議）

主治医

看護師

本人

家族

家族

行政機関医師

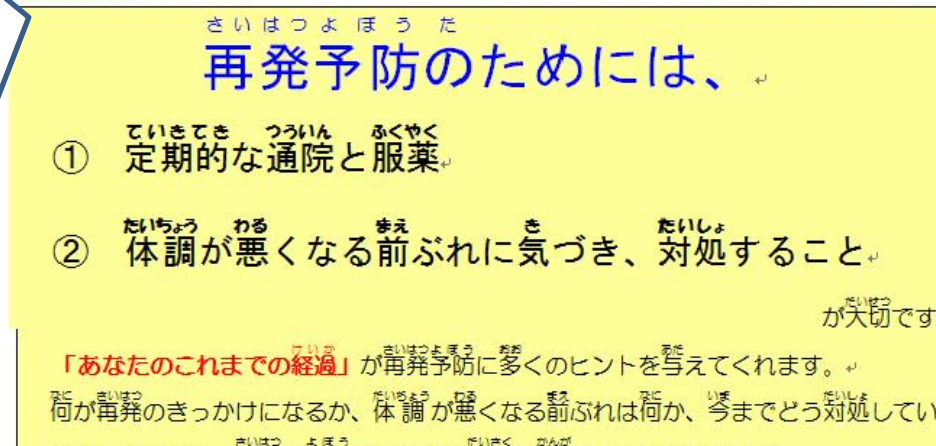
保健師

地域保健師

地域支援者

精神保健福祉士

疾病教育（多職種チーム）



回復段階に応じた治療・支援

入院から退院までの治療のながれ

様

※下記の治療が状態に合わせて組み合わされていきます。

支援会議（地域移行会議）

主治医

看護師

本人

家族

家族

精神保健福祉士

疾病教育（多職種チーム）

再発防止プログラム／病気とその症状について

脳の病気です

○○さんのあんしん退院プラン

自分の状態を知りましょう、自分の変化を知りましょう、予防策を準備しましょう、介入段階を知っておきましょう

		いつもの自分	早期の注意サイン	中期の注意サイン	介入が必要
自覚と行動	睡眠	夜10時から朝6時頃まで目が覚めてもまた眠れる	寝つきが悪い 明け方に幻聴で目が覚める	寝る時間になっても幻聴が聞こえる。多少は眠れる	床に入るが、眠れない
	食事	1日3食たべる 食欲がある	少し食欲が減る	1日1食位しか食べない日がある	幻聴が聞こえ、食事が手につかない
	幻聴	全く聞こえない	明け方や夕方に幻聴が聞こえる	起きている間は幻聴が聞こえる。幻聴に答えずにいられない	一日中幻聴が聞こえ、家事が手につかない。声を出さずに幻聴と会話する
	思考	頭で考えていることが誰かに伝わることはない	→	頭で考えていることが、相手に伝わっているかもしれないと思う	頭で考えているだけのことや、暗証番号などの大切な情報が、他人にわかられている感じがする
	表情	柔らかい自然な笑顔			険しい顔をしたり、赤ちゃんのような笑顔になったり、差が激しい

予防的対処と介入	いつもの自分でいるために必要なこと	自分でする治療	他者の力を借りる治療	強制的な介入
	・決められた通りの通院・服薬	・頓服薬（不眠時・不穏時など）をのむ	・自分の状態を教えてもらう	・強制入院
	・診察の時に自分の状態を率直に伝える	・刺激を避けて、休息する	・頓服を勧めてもらう	【強制入院を要する客観的状態】
	・生活のリズムを整える	・誰かに話して、すっきりする	・病院に相談	・対話にならない ・通院拒否 ・指示通りの服薬をしない ・自分や他人を傷つけるおそれがある
	＜気分転換の方法＞		・緊急受診が必要か相談する	
			→ 必要があれば緊急受診	
			・休息を目的とした入院を検討	
			・母や姉に相談	

が大切です

「あなたのこれまでの経過」が再発予防に多くのヒントを与えてくれます。

何が再発のきっかけになるか、体調が悪くなる前ぶれは何か、今までどう対処してい

回復段階に応じた治療・支援

入院から退院までの治療のながれ

様

多職種チーム）

6つの保障

- 経済
- 人間関係
- 住居
- 就労
- 生活支援
- 医療の継続

家族

精神保健福祉士

注意サイン	介入が必要
間になっても幻聴が聞 多少は眠れる	床に入るが、眠れない
食位しか食べない日が	幻聴が聞こえ、食事が手につかない
いる間は幻聴が聞こえ 聴に答えずにいられな	一日中幻聴が聞こえ、家事が手につかない。声を出さずに幻聴と会話する
ていることが、相手に伝 るかもしれないと思う	頭で考えているだけのことや、暗証番号などの大切な情報が、他人にわかられている感じがする
	険しい顔をしたり、赤ちゃんのような笑顔になったり、差が激しい

の力を借りる治療	強制的な介入
の状態を教えてもらう	・強制入院
服を勧めてもらう	【強制入院を要する客観的状態】
病院に相談	・対話にならない ・通院拒否 ・指示通りの服薬をしない ・自分や他人を傷つけるおそれがある
・緊急受診が必要か相談する	
→ 必要があれば緊急受診	
・休息を目的とした入院を検討	
・母や姉に相談	

介入

＜気分転換の方法＞

「あなたのこれまでの経過」が再発予防に多くのヒントを与えてくれます。

何が再発のきっかけになるか、体調が悪くなる前ぶれは何か、今までどう対処してい

統合失調症における認知機能障害（まとめ）

知 物

物を扱う時に障害を感じる
（家庭での家事　家庭外での作業）

＊読み出しやワーキングメモリーに問題→体で覚えれば大丈夫

作業療法（OT）など

情 他人

他人と接する時に障害を感じる
（家族との生活　他者とのやりとり）

＊相手の感情認知が苦手→被害妄想につながる

認知行動療法（SSTなど）、薬物療法

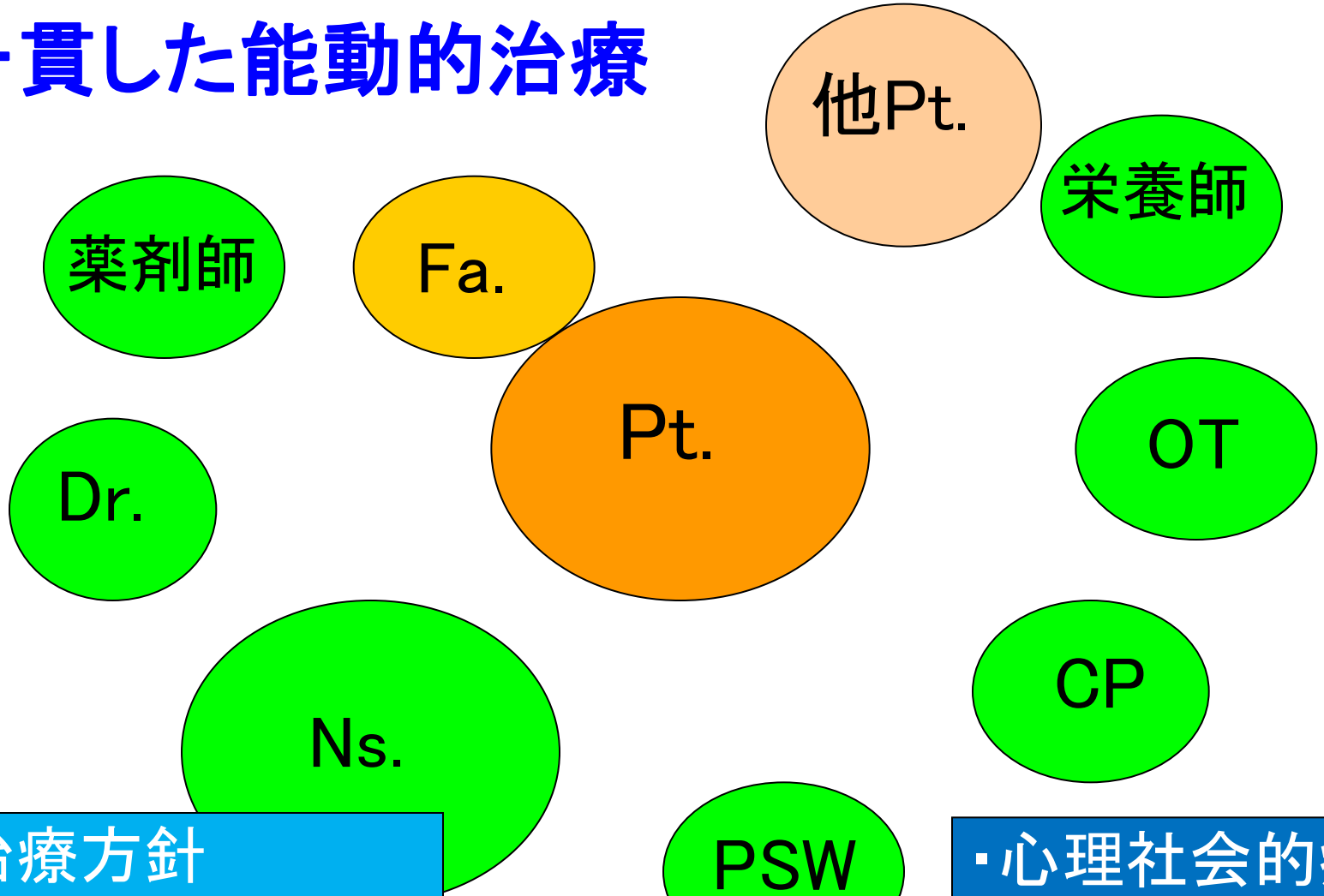
意 自分

自分自身について障害を感じる
（身の回り　やる気　持続力）

＊自己不全感が強く、やる気が出にくい

生きがい、ピアサポート

多職種チーム医療
一貫した能動的治療



・治療方針
・薬物療法

・心理社会的療法
・疾病教育

当院の専門病院としての強みと展望

（1）精神科救急医療：情報センターと連携した精神科救急医療システムの継続、「群馬モデル」の徹底

（2）司法精神医療：医療観察法入院・通院機関としての責務、起訴前鑑定・同法鑑定入院などの対応

（3）思春期医療：児相などとの連携した入院・通院

（4）高度専門医療：治療困難患者の受け入れ（修正型電気痙攣療法、クロザピン治療など）

（5）多職種チーム医療：疾病教育、クリニカルパス

（6）地域で個別援助：6つの保障、訪問、休息、ACT

（7）高齢者医療：認知症センターや他科との連携

（8）身体合併症の対応：他科との連携・招聘など

当院の専門病院としての強みと展望

（1）精神科救急医療・情報センターと連携した精神科救急医

（2）司法精神医療：医療観察法入院・入院機関としての責務

（3）思春期医療：児相などとの連携した　通院

（4）高度専門医療：治療困難患者の受け　修正型電気痙攣療法、クロ

（5）多職種チーム医療：

（6）地域で個別援助：6

（7）高齢者医療：認知症

（8）身体合併症の対応：

入院必要者数の減少

県内精神科救急対応病院の増加

社会的な必要性の増大

県内唯一の対応機関

「群馬モデル」：・本人の医療的必要性に基づく治療選択を理念とした入院トリアージュ

・それを貫徹するための措置移送制度・業務

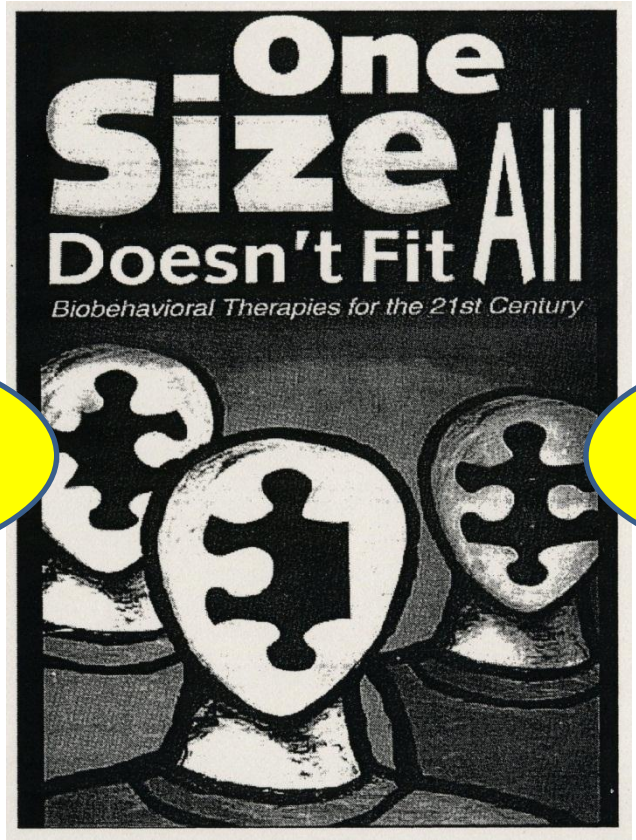
・それを補完する支援会議、行政型アウトリーチ

ご静聴、どうもありがとうございました

誰にでも足りない部分／すばらしい部分はある

個別性
・訪問

ピアサポート活動



本人主体性
本人を信じる

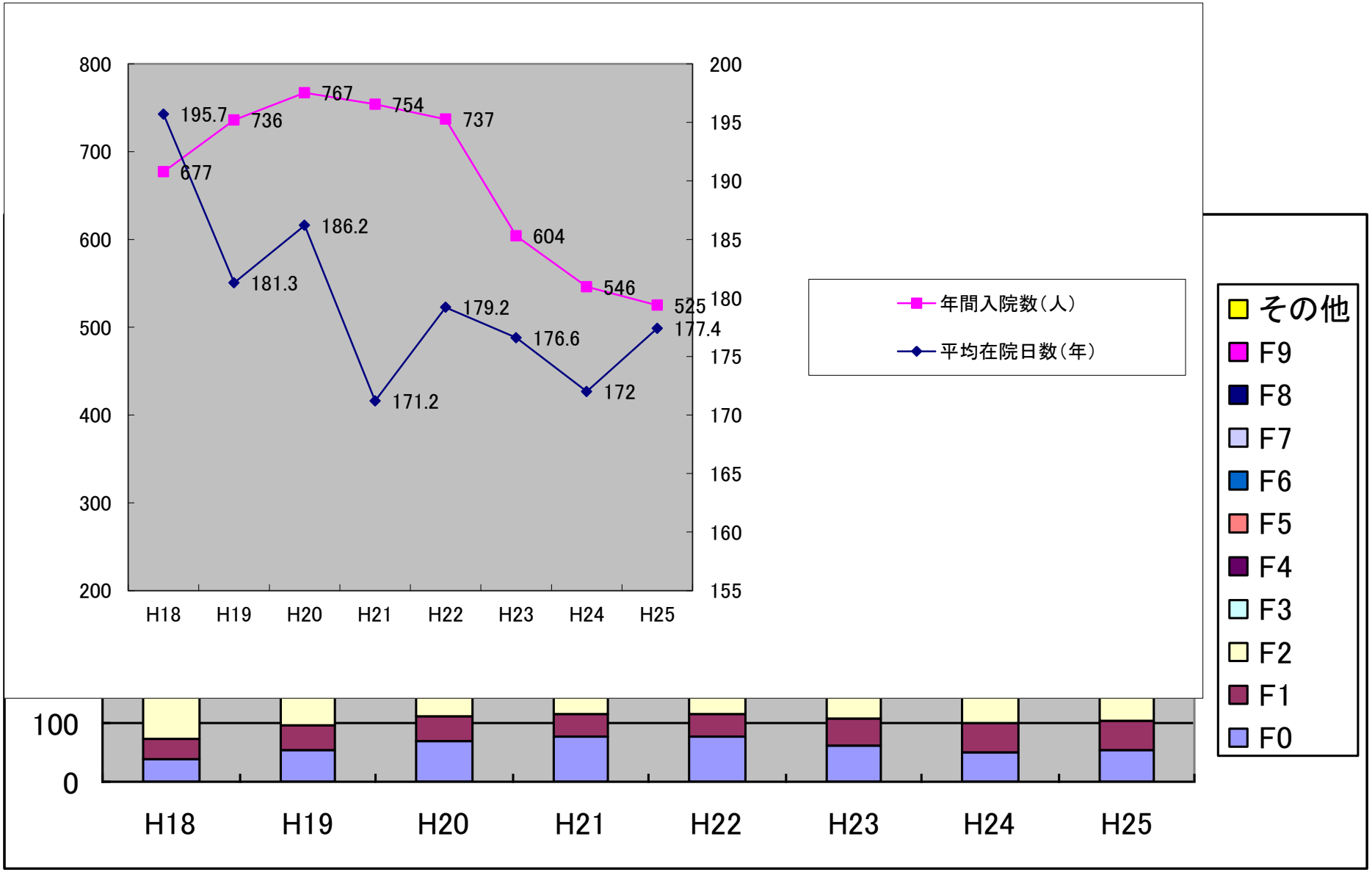
多職種チーム
仲間を信じる

5疾病
5事業

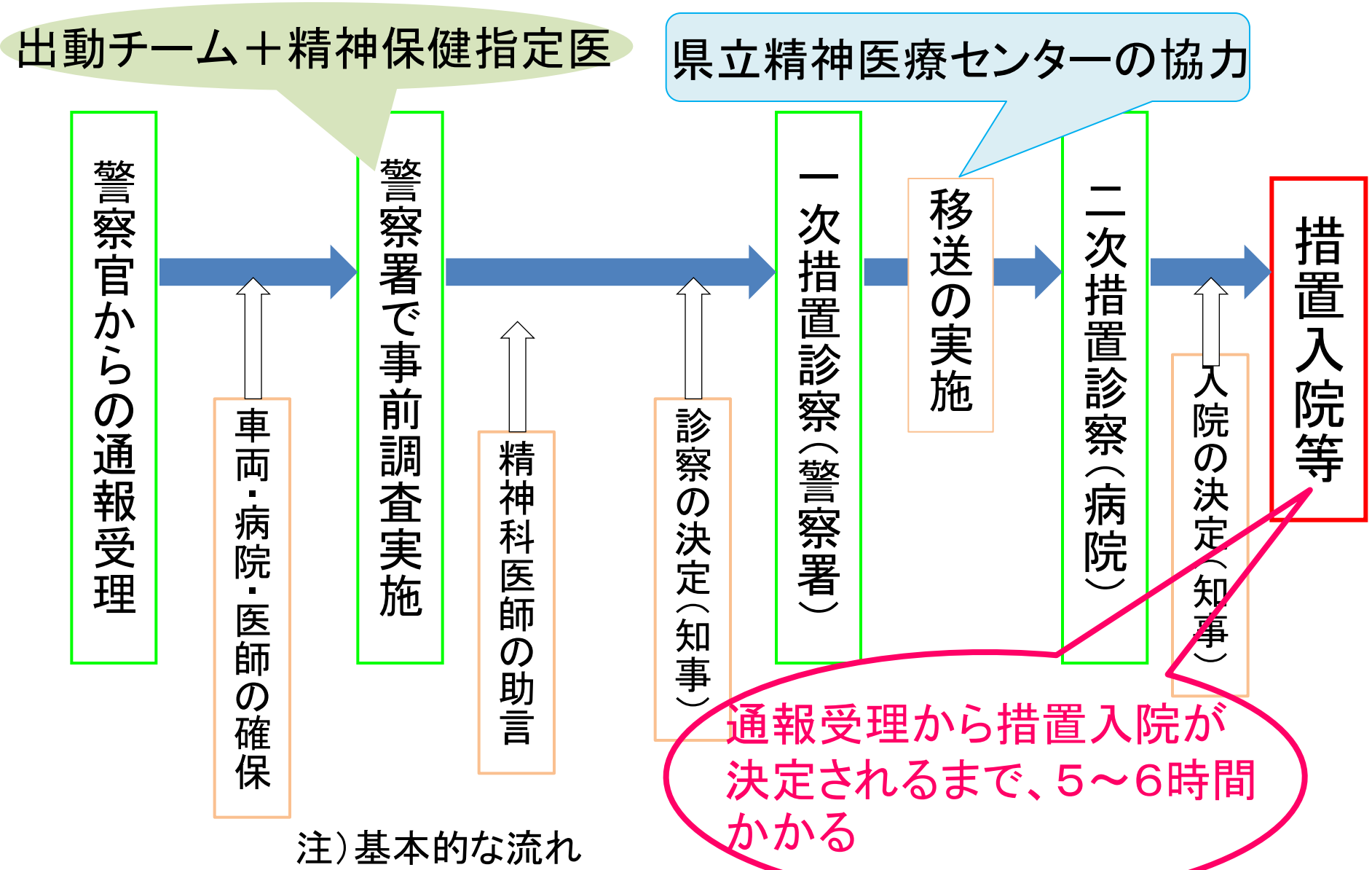
回復・予防
しうる疾病

END

当院の年間入院数と平均在院日数

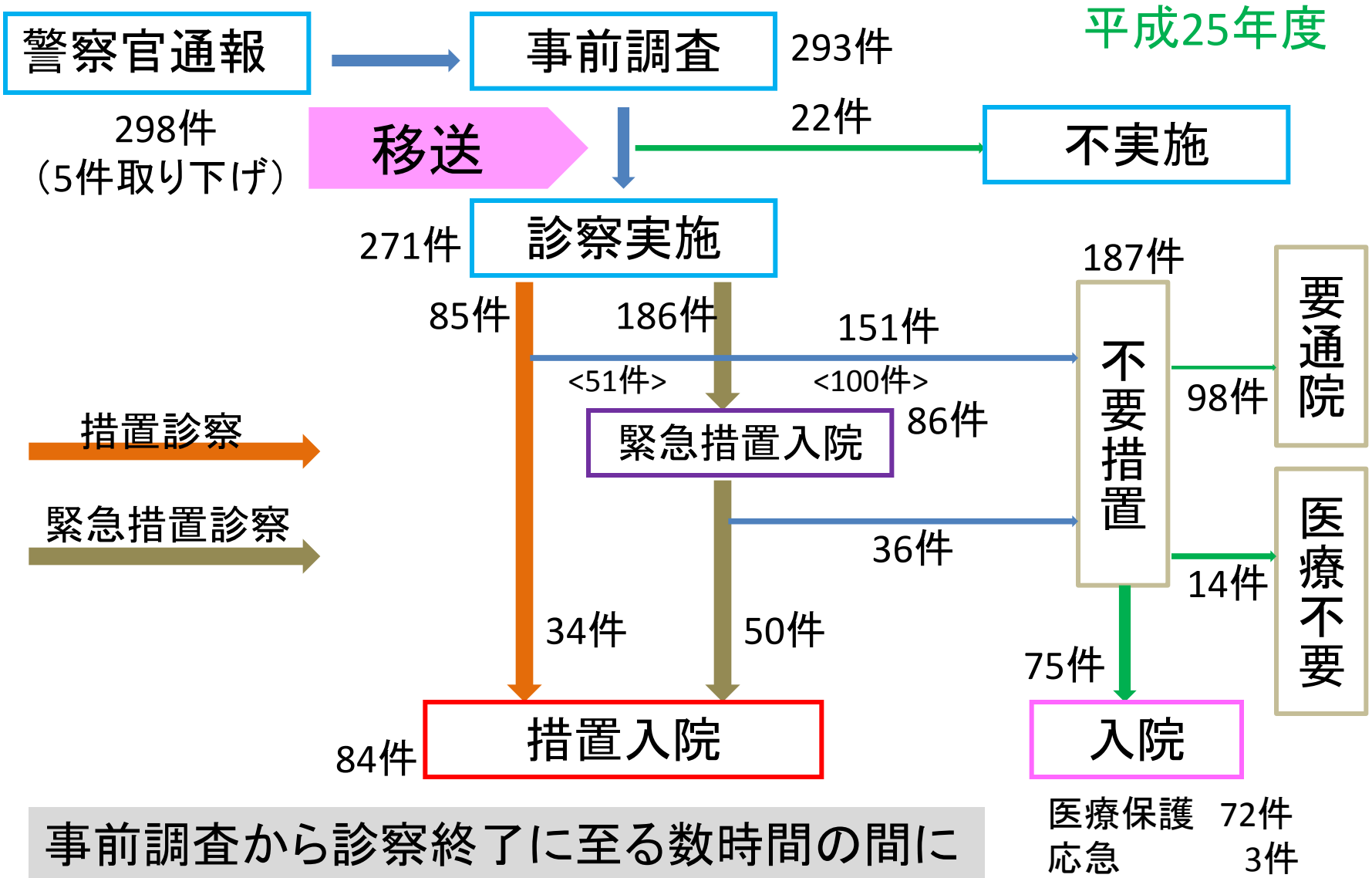


警察官通報から入院までの流れ（群馬県）



注）基本的な流れ

警察官通報から診察までの経過



事前調査から診察終了に至る数時間の間に
自傷、他害のおそれがかなり少なくなる

SSTの特徴：重要な5つの要素

傾聴

ほめる

＊強化（行動に対して正の結果を与える）　＊動機
＊行動形成（わずかな変化でも、すかさずに強化）　付け

まねる

＊モデリング（モデル観察を通じて行動を学習）＊社会的
＊ロールプレイ（実際に体験し、状況を確認できる）　行動

わける

＊スモール・ステップ（少しずつゆっくり進める）
＊課題・目標の設定　＊ステップ・バイ・ステップ

くりかえす

＊過剰学習（自動的にできるまで反復学習）
＊保たれている認知機能を生かす（体に覚えさせる）

ためす

＊宿題（まずは練習した場面を実際にやってみる）
＊般化（違う場面でも応用ができることを目指す）

家族教室「土曜学校」　（1）前半講義　★は午後補講

場所は、（精）精神医療センター、（社）社会福祉総合センター

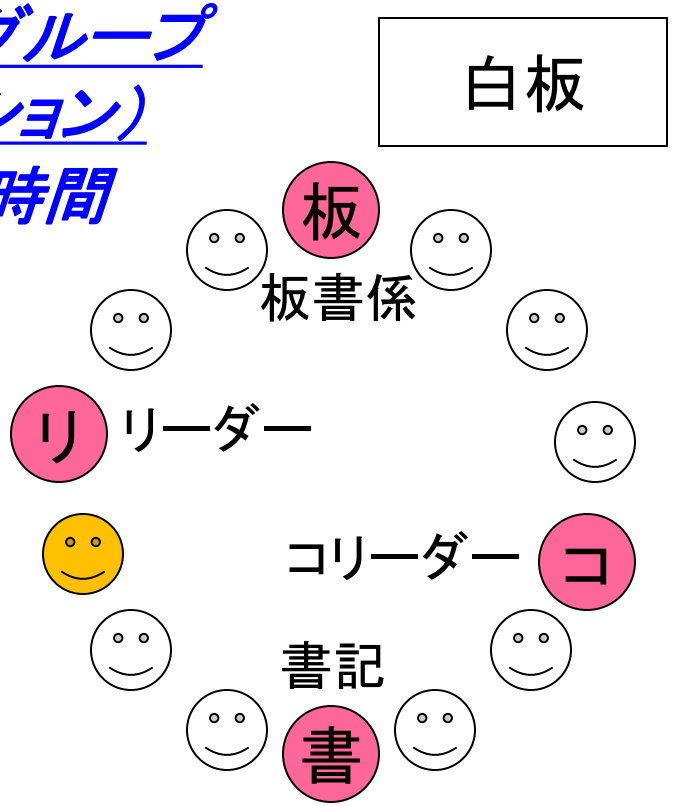
H26年度テーマ：明日へのコンパス

9時30分～12時：　4月5日（社）、5月10日（社）

(H26年度)	講義内容	講演者
① 6月7日（精）	明日へ向かう回復支援（1）	当院須藤医師
② 7月5日（精）　★	統合失調症を照らす	群大病院武井医師
③ 8月9日（社）	明日へ向かう回復支援（2）	当院中嶋PSW
④ 9月6日（精）	明日へ向かう回復支援（3）	当院石川作業療法士
⑤ 10月4日（社）	明日へ向かう回復支援（4）	当院両角医師
⑥ 11月1日（社）　★	当事者と家族のためのSST	北里大病院高橋医師
⑦ 12月6日（社）	公募：私が役立った、こんな本・こと	土曜学校家族
⑧ 1月10日（社）	行政機関における訪問支援	こころの健康センター深澤保健師
⑨ 2月7日（社）	ピアサポートの実践	華蔵寺クリニック
⑩ 3月7日　★	SSTの活用により 回復を一歩進めよう	埼玉県立精神神経センター 佐藤認定講師
⑪4月4日	精神保健福祉法と精神科医療	こころの健康センター浅見医師
⑫5月2日	家族の声	土曜学校家族

家族教室「土曜学校」（2）後半GS

後半（グループセッション）
約1時間



約10人ごとの3グループ

「上手にほめる」、「問題解決」など、SSTを利用

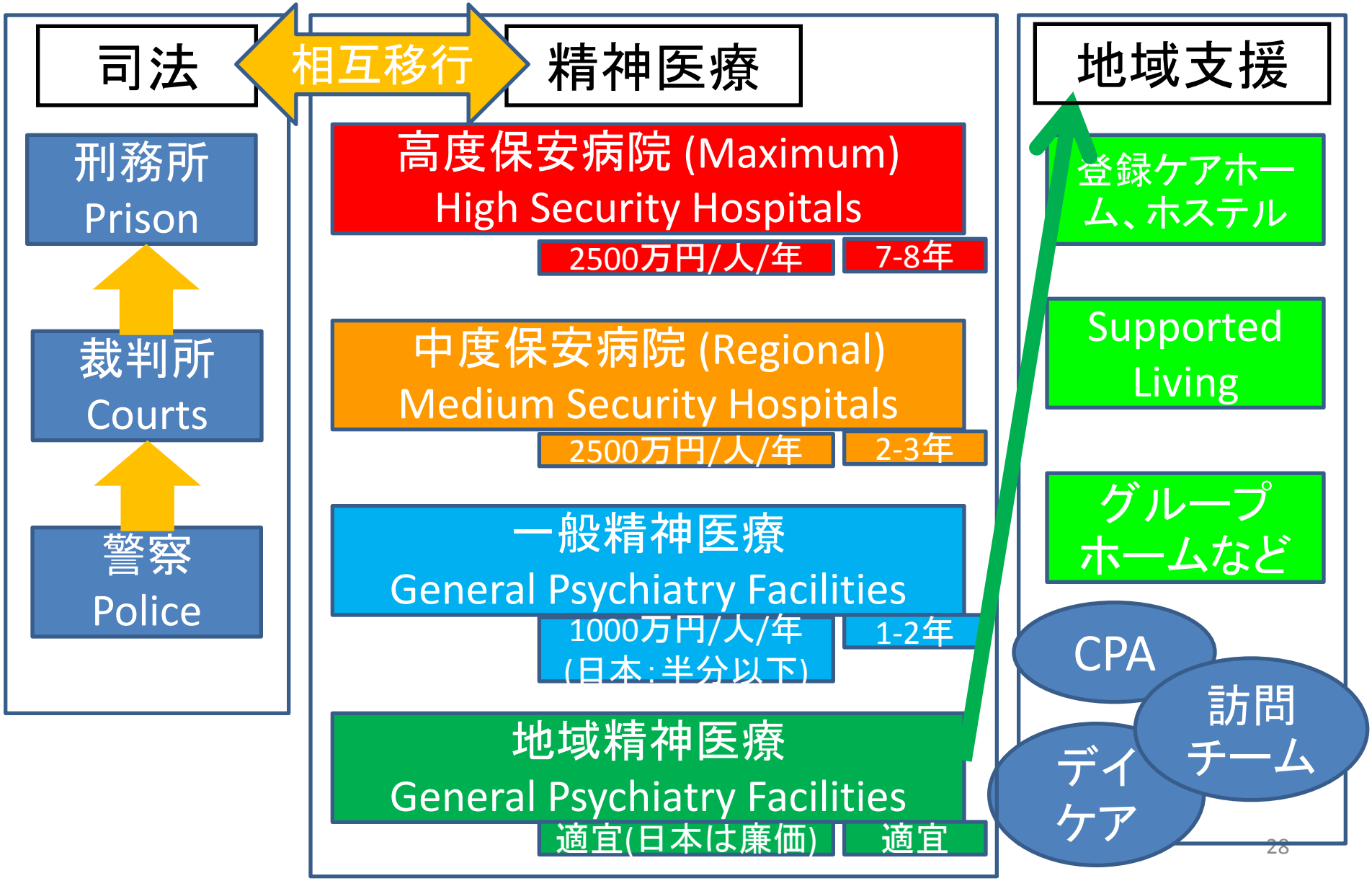
＊疾病受容
＊家族の見守り方
＊当事者への対応の仕方
＊社会資源の利用
＊就労や恋愛
＊親亡き後の問題
など

平成21年度（一部）

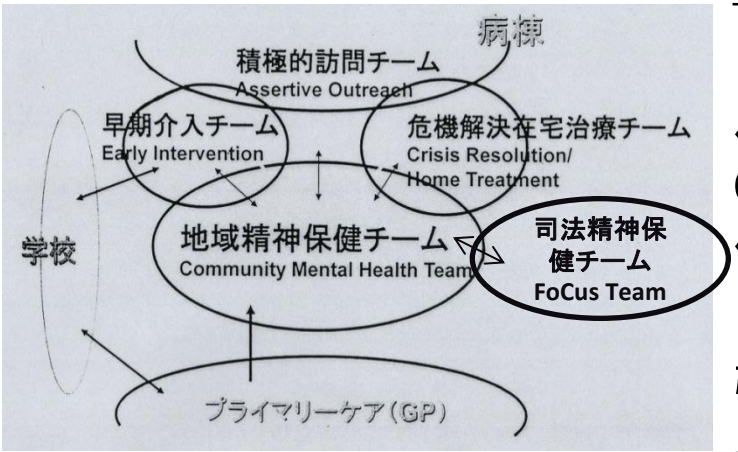
精神医療の 国際 比較 （人）

	日本	イギリス	アメリカ
全人口	12000万	6000万	24000万
精神病床	34万	2万5000	8万
刑務所	6万	6万	200万
一人当たりの病床			
医師	30.2	5.3	5.6
看護師	4.8	0.5	11.8
心理士	40.6	6.4	2.5
PSW	18.1	1.0	2.2

イギリスでの司法-精神医療-地域支援



イギリスでの充実した地域精神医療



Westminster FoCus Team : 司法精神保健訪問チーム

・34名に対し、ケアコーディネーター、上級精神科医2、専任精神科医1、地域精神科看護師3、心理士1、OT1、PSW 2、サポートワーカー2、医療秘書2、雇用促進1人

・訪問は2名で組み、病状悪化時はチームの判断で強制入院(S37/41/CTO/民事)させ、警察や保安病院も協力

・RiskもRecoveryも重視し、平均2年で地域訪問チームへ

・6ヶ月ごとにCPA会議　・情報の開示　・機会均等法

Diamond Home見学 : 登録ケアホーム (24時間体制)

・6床に対し、ケアマネージャー、ケアコーディネーター、精神科医、地域精神科看護師、PSWによるMDT

・入所期間18ヶ月～2年、Supported Living or 自宅へ