

# 第5節 精神疾患対策

## 第1 現状と課題

### 1 精神疾患患者の状況

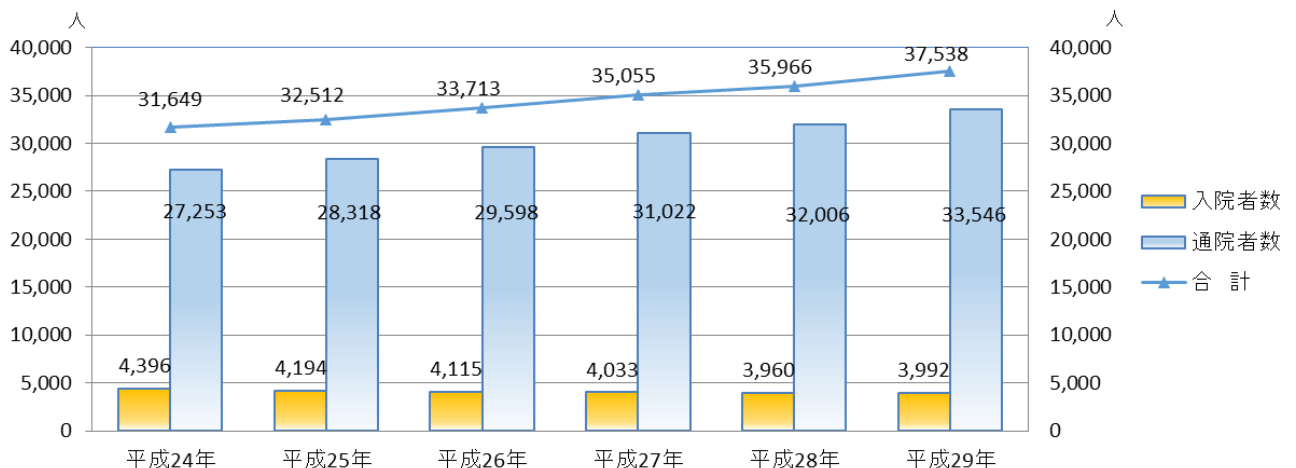
- 長野県の精神疾患患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療（精神通院医療）受給認定者）を合わせて、37,538人（平成29年（2017年）3月31日現在）となっています。
- 疾病別にみると、入院患者では「統合失調症」が最も多く、次いで「器質性精神障害（アルツハイマー病の認知症等を含む。）」となっています。通院患者では、「統合失調症」に次いで「気分（感情）障害」が多くなっています。
- 入院患者数は減少傾向にあります。通院患者数は5年前に比べ23.1%増加しています。

【表1】 疾病別患者数（平成29年3月31日現在）（単位：人）

区 分	入院患者数	通院患者数	合 計
F0 症状性を含む器質性精神障害	653	1,152	1,805
F00 アルツハイマー病の認知症	296	830	1,126
F01 血管性認知症	77	107	184
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	280	215	495
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	246	572	818
F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	2,260	12,371	14,631
F3 気分（感情）障害	501	11,420	11,921
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	85	2,224	2,309
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	21	112	133
F6 成人の人格及び行動の障害	26	108	134
F7 精神遅滞	79	437	516
F8 心理的発達の障害	38	1,160	1,198
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	25	338	363
てんかん（F0に属さないものを計上する）	38	1,966	2,004
その他	20	1,686	1,706
合 計	3,992	33,546	37,538

（入院患者数「精神科病院月報」、通院患者数「自立支援医療（精神通院医療）受給認定者数」：保健・疾病対策課調べ）

【図1】 精神疾患患者数の推移（各年3月31日現在）



## 2 精神保健福祉相談の状況

- 精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談件数（面接相談、電話相談、訪問）は 10,501 件（平成 27 年度（2015 年度））となっており、平成 25 年度（2013 年度）以降、増加傾向です。

【表 2】 精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談実施状況（面接、電話、訪問）（単位：件）

年 度	老人精神保健	社 会 復 帰	アルコール	薬 物	キャンブル	思春期	心 の 健 康 づくり	うつ・うつ状態	その他	合 計
平成25年度	33	1,667	379	88	135	240	1,150	1,271	3,009	7,972
26年度	43	1,776	383	63	148	321	1,606	1,543	3,003	8,886
27年度	63	2,941	773	127	181	432	1,448	1,642	2,894	10,501

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

- 保健福祉事務所における精神保健福祉相談件数（面接相談、電話相談、訪問）は 7,288 件（平成 27 年度（2015 年度））となっており、平成 25 年度（2013 年度）から微減しています。

【表 3】 保健福祉事務所における精神保健福祉相談実施状況（面接、電話、訪問）（単位：件）

年 度	老人精神保健	社 会 復 帰	アルコール	薬 物	キャンブル	思春期	心 の 健 康 づくり	その他	合 計
平成25年度	197	1,648	227	39	33	329	1,418	3,434	7,325
26年度	240	1,179	231	65	27	409	1,404	3,751	7,306
27年度	163	1,357	256	26	48	375	1,654	3,409	7,288

（厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」）

## 3 精神疾患の医療体制

- 精神病床を有する病院数・精神病床数を始めとする精神疾患の医療体制は表 4 のとおりです。

【表 4】 精神疾患の医療体制

区 分	医 療 体 制	出 典
精神病床を有する病院数・精神病床数	30 病院 4,823 床(平成 19 年 5,252 床)	保健・疾病対策課調べ 平成29年4月1日
うち精神病床のみを有する病院数・精神病床数	15 病院 2,454 床	
精神病床在院患者数（人口 10 万対）	192.0 人（少ない順で全国 13 位）	厚生労働省 病院報告 平成 28 年
精神病床平均在院日数	222.1 日（少ない順で全国 2 位）	
精神病床利用率	83.1%（少ない順で全国 13 位）	
精神科・心療内科を主たる診療科とする診療所数	48 診療所（平成 23 年 39 診療所）	厚生労働省 医療施設（静態動態） 調査 平成26年10月1日
精神科訪問診療を実施している医療機関数	7 病院 21 診療所	医療推進課 医療機能調査 平成 29 年
精神科訪問看護を実施している医療機関数	30 病院 10 診療所	
病院に勤務する精神科等医師数	195 人（平成 23 年 215 人）	厚生労働省 医療施設（静態動態） 調査 平成 26 年
県内を住所地とする精神保健指定医数	205 人（平成 19 年 159 人）	保健・疾病対策課調べ 平成29年4月1日

- 多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要があります。

### (1) 統合失調症

- 統合失調症の患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療（精神通院医療）受給認定者）を合わせて、14,631人（平成29年（2017年）3月31日現在）となっており、平成24年（2012年）の14,200人から微増しています。精神疾患患者数の39.0%を占め、最も大きな割合となっています。
- 難治性の重症な精神症状を有する治療抵抗性統合失調症患者に対し治療薬（クロザピン）投与を含め計画的な治療管理を継続して実施している医療機関は9病院となっています（平成29年（2017年）10月27日現在。クロザリル適正使用委員会ホームページ）。

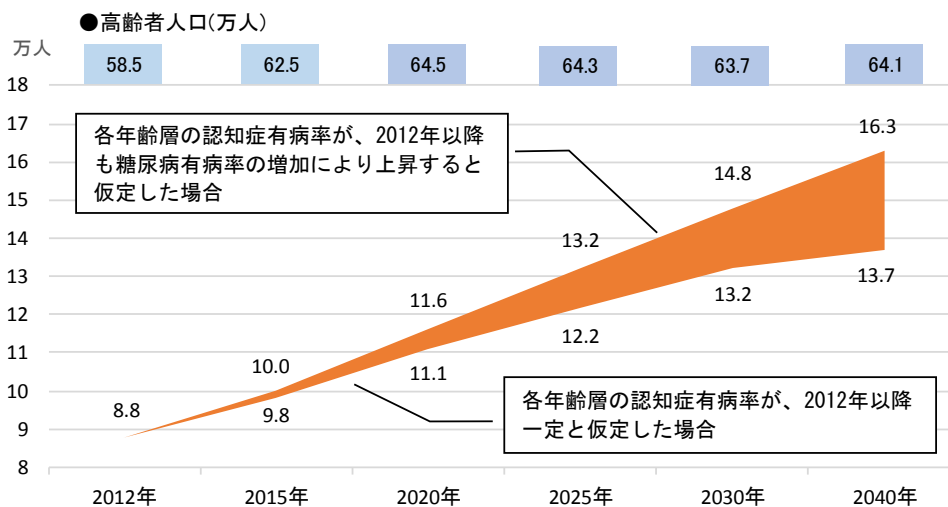
### (2) うつ病・躁うつ病

- うつ病・躁うつ病が主たる疾患である気分（感情）障害の患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療（精神通院医療）受給認定者）を合わせて11,921人（平成29年（2017年）3月31日現在）となっており、平成24年（2012年）の9,833人から21.2%増加しています。精神疾患患者数の31.8%を占め、統合失調症に次ぐ患者数となっています。
- うつ病などに対する有用性が報告されている認知行動療法を実施している医療機関は14病院、11診療所となっており（医療推進課「平成29年医療機能調査」）、このうち、6病院では、診療報酬上、認知療法・認知行動療法の施設基準を満たした、習熟した医師による治療が行われています（平成29年（2017年）10月1日現在）。
- うつ病患者の早期発見・早期治療を目的に、内科医等かかりつけ医と精神科医の医療連携に10郡市医師会が取り組んでいます。

### (3) 認知症

- 認知症高齢者数は、厚生労働省による高齢者人口に占める認知症高齢者の有病率を用いた推計で、平成24年（2012年）に8.8万人、平成27年（2015年）に9.8～10.0万人となりました。更に、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年には12.2～13.2万人と、65歳以上高齢者の約5人に1人が認知症高齢者になると見込まれます。

【図2】 認知症高齢者数の推計



注) 厚生労働省「日本における認知症高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年）及び国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口」（平成25年）より試算

- 「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」（平成 27 年（2015 年）1 月厚生労働省策定）に基づき、次の施策を推進しています。
  - 認知症疾患医療センターの設置
 

認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センターを 3 か所（飯田病院、北アルプス医療センターあづみ病院、佐久総合病院）に設置しています。
  - 認知症サポート医等の養成
 

かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役などの役割を担う認知症サポート医の養成（平成 29 年（2017 年）3 月 31 日現在 142 人）を進めるほか、医師や病院医療従事者等の認知症対応力の向上を図るための研修会を開催しています。
  - 認知症初期集中支援チームの設置
 

認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行う認知症初期集中支援チームが 28 市町村（平成 29 年（2017 年）3 月 31 日現在）に設置されており、平成 30 年（2018 年）4 月 1 日からは全ての市町村において活動が開始される見込みです。
  - 若年性認知症診療
 

若年性認知症（65 歳未満で発症する認知症）に対する専門的診療を実施している医療機関は 19 病院、17 診療所となっています（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）。

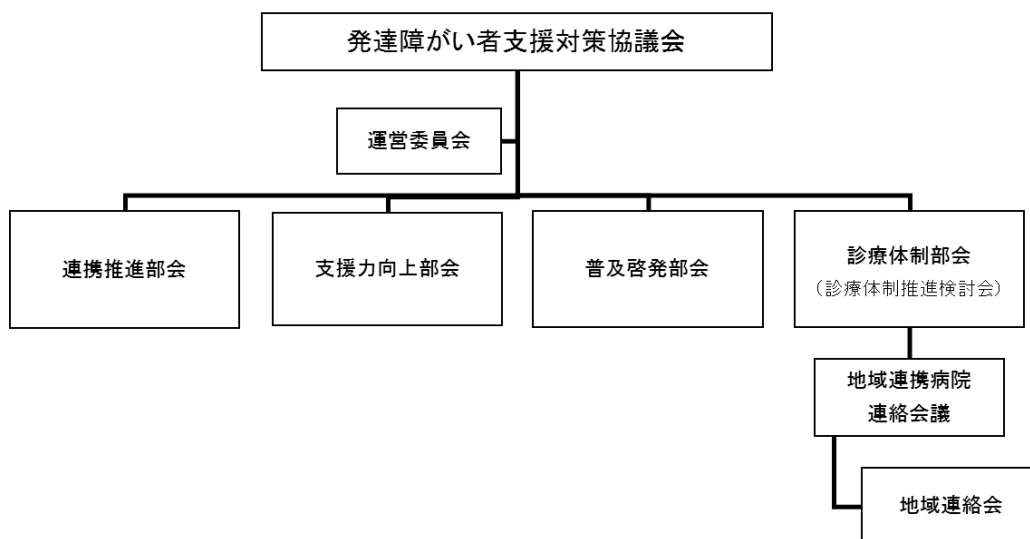
#### （４）児童・思春期精神疾患

- 思春期精神疾患に対する専門的診療を実施している医療機関は 20 病院、15 診療所となっており（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）、このうち 2 病院では、診療報酬上、児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準を満たした、医師、看護師、精神保健福祉士等による集中的かつ多面的な治療が行われています（平成 29 年（2017 年）10 月 1 日現在）。
- 不登校、家庭問題、虐待、いじめなど、子どもの心の問題の増加に伴い、子どもの心の診療体制を充実する必要があります。

#### （５）発達障がい

- 厚生労働科学研究によると、未診断例を含めた発達障がいの支援ニーズは小学 1 年生で少なくとも 10%程度は存在するとされています<sup>※1</sup>。また、発達障がいの特性があり障がい福祉のサービスを必要とする人は人口の 0.9%から 1.6%と推計されています<sup>※2</sup>。
  - ※1 「発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実践と評価」（研究代表者 本田秀夫）
  - ※2 「1 歳からの広汎性発達障害の出現とその発達の変化：地域ベースの横断的および縦断的研究」（研究代表者 神尾陽子）
- 「長野県における発達障害者支援のあり方報告書」（平成 24 年（2012 年）1 月取りまとめ）に基づき、長野県発達障がい者支援対策協議会に専門部会を設置し施策を推進しています。

【図3】長野県発達障がい者支援対策協議会の体制



➤ 研修等の開催

発達障がいの診療体制の整備や技術力の向上、関係機関の連携強化を推進し、身近な地域で医療的及び療育的支援を受けやすくするため、発達障がい診療医を対象とした研修会や二次医療圏域ごとに医療・福祉・教育・行政機関等の支援関係者を対象とした研修会などを開催しています。

➤ 発達障がいサポート・マネージャーの配置

発達障がい者支援に関する幅広い分野と年代の知識と経験を有する発達障がいサポート・マネージャーを二次医療圏域ごとに配置し、支援機関への支援（支援技術の向上、連携体制構築など）に取り組んでいます。

➤ 早期発見・早期支援の取組

乳幼児健診における発達障がいのアセスメントツール（M-CHAT など）の導入を促進しており、平成 29 年（2017 年）4 月 1 日現在、60 市町村において導入されています。

➤ 発達障がい者支援センターによる取組

精神保健福祉センターに設置した長野県発達障がい者支援センターにおいて、発達障がい者及びその家族への相談支援、支援関係者に対する研修、普及啓発等を実施しています。

- 平成 29 年（2017 年）9 月現在、発達障がい診療を行っている医療機関は 45 病院、45 診療所となっています（精神保健福祉センター調べ）が、専門医等の不足により、初診申込から受診までの待ち時間が長期化しています。

## （6）依存症

### ① アルコール依存症

➤ 平成 26 年（2014 年）に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症者の総患者数（全国）は 4.9 万人であり、平成 11 年（1999 年）の総患者数の 3.7 万人から増加しています（厚生労働省「患者調査」）。

➤ アルコール依存症に対する専門的診療を実施している医療機関は、12 病院、10 診療所となっており（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）、このうち 5 病院では、診療報酬上、重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準を満たした、医師、看護師、精神保健福祉士等による集中的かつ多面的な治療が行われています（平成 29 年（2017 年）10 月 1 日現在）。

## ② 薬物依存症

- 平成 26 年（2014 年）に医療機関を継続的に受療している薬物依存症者の総患者数（全国）は 0.3 万人であり、平成 11 年（1999 年）の総患者数の 0.1 万人から増加しています（厚生労働省「患者調査」）。
- 薬物依存症に対する専門的診療を実施している医療機関は、8 病院、7 診療所となっています（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）。
- 精神保健福祉センターでは、アルコール・薬物・ギャンブル依存症に対応した独自の回復プログラム「ARPPS（アルプス）」を開発し、平成 28 年度（2016 年度）から依存症の人のグループミーティングで活用しています。また、依存症の支援者や関係機関、家族等を対象に研修会や家族講座を開催しています。

## （7）摂食障がい

- 厚生労働科学研究によると、医療機関の受療の有無にかかわらず、摂食障がい患者は、女子中学生の 100 人に 1 人から 2 人、男子中学生の 1,000 人に 2 人から 5 人いると推計されています※。
- ※「児童・思春期摂食障害に関する基盤的調査研究」（研究代表者 小牧元）
- 3 病院において、摂食障害入院医療管理加算の算定基準を満たした、医師、看護師、精神保健福祉士等による集中的かつ多面的な治療が行われています（平成 29 年（2017 年）10 月 1 日現在）。

## （8）てんかん

- 平成 26 年（2014 年）に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数（全国）は 25.2 万人であり、平成 11 年（1999 年）の総患者数の 23.5 万人から増加しています（厚生労働省「患者調査」）。
- てんかんに対する専門的医療を実施している医療機関は、20 病院、25 診療所となっています（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）。
- てんかん患者に医療を提供している小児科、神経内科、脳神経外科などとの連携を推進するとともに、治療体制の在り方を検討する必要があります。

## （9）精神科救急

- 夜間・休日に緊急医療を必要とする精神疾患患者が、適切かつ円滑に医療を受けられるよう、東信圏域 3 病院、北信圏域 7 病院、中信圏域 5 病院、南信圏域 3 病院の輪番体制により、精神科救急医療体制を整備しています（土・日曜日は、東信圏域と北信圏域を統合して運用）。
- また、長野県立こころの医療センター駒ヶ根を 24 時間 365 日対応可能な常時対応施設として位置付けています。

【表5】 輪番病院による精神科救急診療件数 (単位：件)

平成26年度	東北信		中 信	南 信	計
		216		242	328
27年度	東信(平日夜間・祝日)	北信(平日夜間・祝日)	中 信	南 信	計
	124	39			
	東北信(土日)		272	374	902
93					
28年度	東信(平日夜間・祝日)	北信(平日夜間・祝日)	中 信	南 信	計
	146	35			
	東北信(土日)		247	421	944
95					

(保健・疾病対策課調べ)

- 精神科救急情報センターの機能を有する「精神障がい者在宅アセスメントセンター(りんどう)」を設置し、精神障がい者や家族等からの相談に対応しています。

【表6】 精神障がい者在宅アセスメントセンター相談実施状況(平成28年度) (単位：件)

区 分	相談 件数	相談者		居 住 地					緊急受診	
		本人等	機関等	東信	中信	南信	北信	その他 ・不明	必要	不要・ その他
平日夜間	150	134	16	12	33	19	60	26	15	135
休 日	164	150	14	3	50	19	74	18	19	145
計	314	284	30	15	83	38	134	44	34	280

(保健・疾病対策課調べ)

- 措置入院件数は、最近5年間の平均では年間178件となっています。平成27年度(2015年度)の179件は全国9位、人口10万対では8.5件で全国3位となっています。

【表7】 措置入院件数 (単位：件、位)

区 分	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
措置入院件数	183	197	146	179	185
全国順位(多い順)	9	9	9	9	-
人口10万対件数	8.6	9.3	6.9	8.5	8.9
全国順位(多い順)	5	3	9	3	-

(厚生労働省「衛生行政報告例」、全国順位は保健・疾病対策課調べ)

- 医療保護入院件数は、最近5年間の平均では年間2,620件となっています。平成27年度(2015年度)の2,622件は全国23位、人口10万対では124.9件で全国34位となっています。

【表8】 医療保護入院患者数(新規) (単位：人)

区 分	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
医療保護入院件数	2,578	2,899	2,311	2,622	2,692
全国順位(多い順)	30	27	25	23	-
人口10万対件数	120.9	136.6	109.6	124.9	128.9
全国順位(多い順)	42	39	38	34	-

(厚生労働省「衛生行政報告例」、全国順位は保健・疾病対策課調べ)

## (10) 身体合併症

- 精神疾患患者の身体合併症の一部に対応可能な精神科病院は 16 病院、合併症のほとんどに自院で対応可能な精神科病院は 6 病院となっています（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）。
- 精神科入院患者に対して人工透析治療を実施している精神科病院は 6 病院、歯科治療を実施している精神科病院は 12 病院となっています（医療推進課「平成 29 年医療機能調査」）。
- 身体疾患を有する患者や結核を罹患している患者などへの精神科入院医療の提供体制が課題となっています。
- 精神疾患と身体疾患の合併症による困難事例への円滑な救急対応について整理が必要です。

## (11) 災害精神医療

- 過去に発生した大規模地震災害等において、本県からの心のケアチーム等の派遣状況は次のとおりです。

【表 9】 大規模災害時における心のケアチーム等の派遣状況

年 度	災 害	派遣状況			備 考
		病院数	チーム数	人数	
平成23年度	東日本大震災	病院 14	チーム 37	人 168	心のケアチーム
26年度	御嶽山噴火災害	1	6	21	災害派遣精神医療チーム
	神城断層地震災害	1	8	50	心のケアチーム
28年度	熊本地震災害	1	1	8	災害派遣精神医療チーム

(保健・疾病対策課調べ)

- 地震等による大規模自然災害や大規模事故災害等の発生時には、被災地域における精神保健医療機能の一時的低下や災害ストレス等の精神的問題の発生など精神保健医療への需要が増加するため、被災地域において専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム (DPAT) の派遣、県内で発生した場合の統括 (指揮命令) 体制等の整備を進めています。
- 災害拠点病院の有する精神病床数は 199 床 (全精神病床数の 4.1%) であり、災害時に精神科病院からの患者受入や精神症状の安定化等を災害拠点病院のみで対応することは困難です。このため、災害時に地域で精神科医療提供について中心的な役割を担う医療機関を災害拠点精神科病院として位置付ける必要があります。

## (12) 医療観察法における対象者への医療

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律 (平成 17 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。) の施行 (平成 17 年 (2005 年) 7 月) から平成 28 年 (2016 年) 5 月までの長野地方裁判所による処遇決定数は、入院処遇決定 47 件、通院処遇決定 6 件となっています。
- 県内における医療観察法に基づく医療機関の指定状況 (平成 29 年 (2017 年) 4 月 30 日現在) は、次のとおりです。



【表 10】 医療観察法における医療機関の指定状況

(単位：施設)

区 分		医療機関数
指定入院医療機関		2
指定通院医療機関	基幹病院	13
	補助的な医療機関・訪問看護ステーション	7
	薬局	48

(長野保護観察所調べ)

#### 4 地域移行・地域生活支援の状況

- 県内の精神科病院に入院した精神疾患患者の退院率など、地域移行の状況は表 11 のとおりです。

【表 11】 地域移行の状況

区分・年		入院後 3か月時点	入院後 6か月時点	入院後 1年時点	出典
退 院 率 <sup>※1</sup>	平成22年	61.8%	—	88.3%	厚生労働省 精神保健福祉資料 平成 28 年は保健・疾 病対策課調べ
	25年	61.9%	83.3%	91.3%	
	28年	60.5%	80.8%	91.4%	
区分・年		患者数			出典
入 院 期 間 1 年 以 上 の 患 者 数 <sup>※2</sup>	平成22年	2,881 人			厚生労働省 精神保健福祉資料 平成 28 年は保健・疾 病対策課独自集計
	25年	2,537 人			
	28年	2,355 人			

※1 6月に入院した患者のうち入院後3か月・6か月・1年時点の退院患者数／6月に入院した患者数

※2 6月30日時点における入院期間が1年以上の患者数

- 地域移行支援関係者により構成する長野県自立支援協議会（精神障がい者地域移行支援部会）や、障がい保健福祉圏域ごとの精神障がい者地域生活支援協議会において、精神疾患患者の地域生活への移行や地域生活を継続するための支援の協議、研修会などを実施しています。
- 障がい保健福祉圏域の障がい者総合支援センター等において地域生活支援を担当するコーディネーター等による連絡会議を定期的に開催し、各圏域の取組や課題の情報交換、事例検討などにより関係者の資質向上を図っています。

#### 5 自殺対策

- 平成 30 年度（2018 年度）から 2022 年度を計画期間とする第 3 次長野県自殺対策推進計画に基づき施策を推進していきます。

## 第2 目指すべき方向と医療連携体制

### 1 目指すべき方向

#### (1) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- 多様な精神疾患等ごとに、患者の状況に応じた適切で質の高い精神科医療を提供できる体制を強化します。
- 多様な精神疾患等ごとに、病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担を整理し、相互の連携を推進します。

#### (2) 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 精神障がい者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指します。
- 障がい保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を強化します。

### 2 精神疾患の医療体制

- 精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要となって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくありません。

このため、患者ができるだけ早期に受診し、多様な精神疾患等ごとに適切な精神科医療を受療できるよう、医療機関に求められる医療機能を明確化し、役割分担や相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していきます。

- 医療サービスを県民に適切かつ効率的に提供していくため、精神疾患においては、東信、南信、中信、北信の4医療圏を設定し、精神医療圏相互の連携体制を強化していきます。

※ 精神医療圏とは、二次医療圏を基本としつつ、精神科救急医療圏域、障がい保健福祉圏域、老人福祉圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案し設定した医療圏です。

なお、精神病床の基準病床数は、県全域を1圏域として算出しています。

#### (1) 求められる医療機能

- 「目指すべき方向」を踏まえた、精神疾患の医療体制に求められる医療機能は表12のとおりです。

【表 12】 精神疾患の医療体制に求められる医療機能

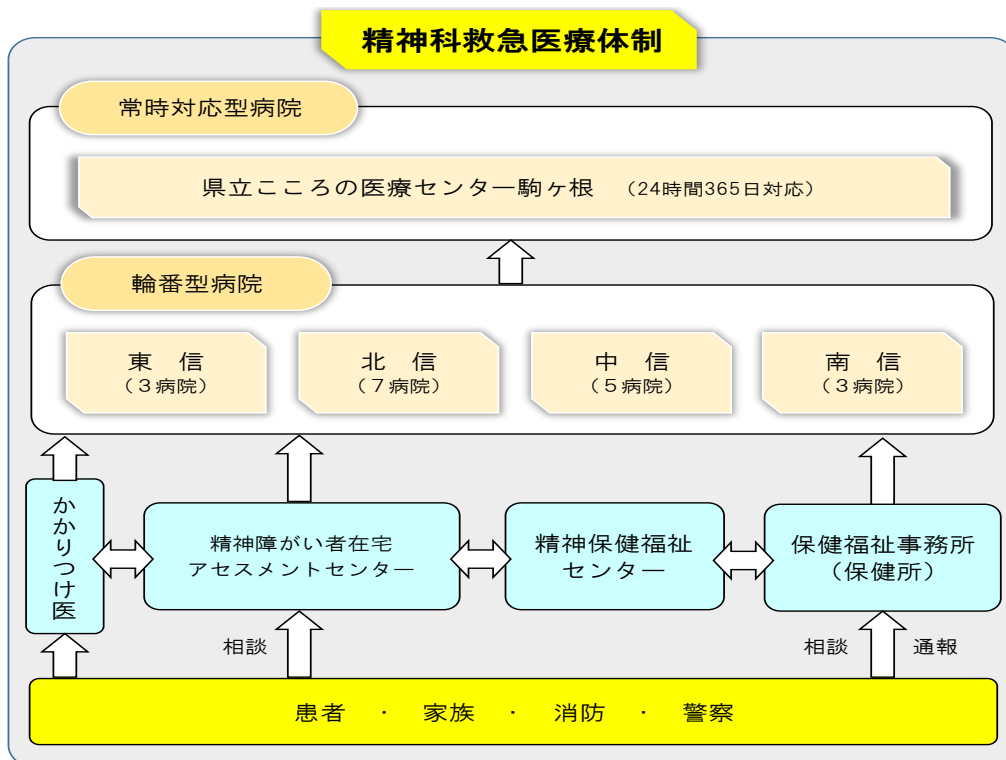
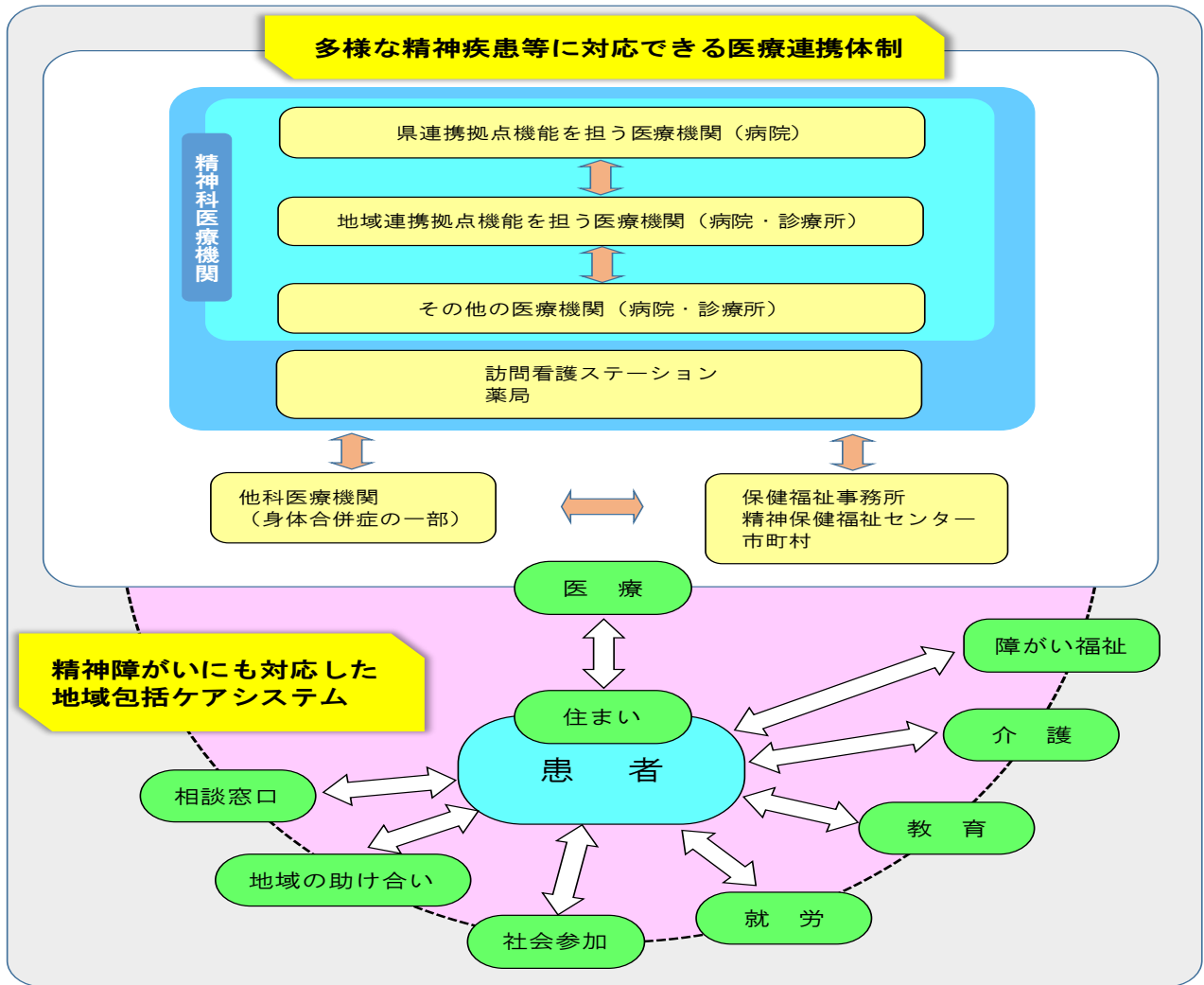
医療機能	役割	求められる要件
県連携 拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療連携の県拠点</li> <li>・ 情報収集発信の県拠点</li> <li>・ 人材育成の県拠点</li> <li>・ 地域連携拠点機能の支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域連携会議の運営</li> <li>・ 県民・患者への積極的な情報発信</li> <li>・ 専門職に対する研修プログラムの提供</li> <li>・ 地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応</li> </ul>
地域連携 拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療連携の地域拠点</li> <li>・ 情報収集発信の地域拠点</li> <li>・ 人材育成の地域拠点</li> <li>・ 地域精神科医療提供機能の支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域連携会議の運営支援</li> <li>・ 地域・患者への積極的な情報発信</li> <li>・ 多職種による研修の企画・実施</li> <li>・ 地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応</li> </ul>
地域精神科 医療 提供機能  ※県連携拠点機能、 地域連携 拠点機能 に共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者本位の精神科医療の提供</li> <li>・ 多職種協働による支援の提供</li> <li>・ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者の状況に応じた適切な精神科医療の提供、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制の確保</li> <li>・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援</li> <li>・ 医療機関、障がい福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携した生活の場に必要支援</li> </ul>

※ 県連携拠点機能、地域連携拠点機能は、患者本位の適切な医療を提供するための医療連携、情報発信、人材育成等の拠点となる機能であり、患者の集約等を目的とするものではありません。

## (2) 精神疾患の医療連携体制

- 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制及び精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムにおける精神疾患医療の位置付けは図4のとおりイメージとなります。
- 精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場において、圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制について協議し、特に、圏域内の病院・病院間連携及び病院・診療所間連携の強化を図ります。
- また、4つの精神医療圏の相互連携による医療提供体制を推進します。

【図4】 精神疾患の医療体制のイメージ



### 第3 施策の展開

#### 1 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、発達障がい、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の医療機能（県連携拠点機能、地域連携拠点機能）を一定程度明確化し、多職種連携や多施設連携及び専門職養成を推進します。
- 精神医療圏ごとに設置する医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の地域精神科医療の連携体制の充実を図ります。
- 精神科を受診しやすい環境をつくるため、精神疾患に関する正しい知識等の普及啓発や相談事業を実施します。

##### （1）統合失調症

- 難治性の重症な精神症状を有する患者に対する治療抵抗性統合失調症治療薬等の専門的医療を普及することにより、長期入院精神障がいの地域移行の推進を図ります。

##### （2）うつ病・躁うつ病

- 精神科医療機関と精神科以外の医療機関との連携を推進し、うつ病等の早期発見・早期治療に努めます。

##### （3）認知症

- 認知症の専門医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センターの拡充に取り組みます。
- かかりつけ医への助言を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医の養成を推進するとともに、認知症の早期発見における役割が期待される、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師の認知症対応力の向上を図るための研修を実施します。
- 認知症患者の身体合併症等への対応を行う一般病院勤務の医療従事者等が認知症への対応に必要な知識・技能を習得するための研修を実施します。
- 若年性認知症患者が発症初期の段階から適切な支援が受けられるように、支援コーディネーターの配置、相談窓口の設置、普及啓発などの取組を推進します。

#### 若年性認知症について

認知症は年齢を重ねるとともに増える病気ですが、65歳未満でも発症し、「若年性認知症」と呼ばれ、経済、医療・ケア、家族の絆などが社会的問題になっています。

疫学研究からは、44歳以前で人口10万対5～10人、45歳から64歳で同じく80人～150人となっており、いずれも男性が女性を上回っています。全国で約38,000人程度の患者がいると推計されています（平成21年（2009年））。「デイサービスを利用しようと思っても、患者本人が若いので、70～80代の高齢者が多いところに行きたがらない。」「家族も、高齢者の方たちと一緒にいいのか？と、現状を受け入れることが出来ない。」などの声も多く、若年性認知症の患者を受け入れられる体制づくりや、若年性認知症の専門職の充実などが今後の課題となっています。

#### (4) 児童・思春期精神疾患

- 不登校、家庭問題、虐待、いじめなど子どもの心の診療の充実を図るため、医師、看護師、精神保健福祉士等の資質の向上に取り組みます。

#### (5) 発達障がい

- 発達障がいの早期発見・早期診断とその後のライフステージを通じた切れ目のない適切な支援を推進するため、長野県発達障がい者支援対策協議会において支援のあり方や推進方策を検討・研究するとともに、医療、保健、福祉、教育、労働、司法、警察など関係機関の連携を強化します。
- 乳幼児・小児期から成人期までの発達障がい診療体制の充実を図るため、診療に携わる医師の確保・育成体制の整備及びかかりつけ医等の対応力の向上に取り組むとともに、医療機関の連携を強化します。

#### (6) 依存症

- 依存症患者が適切な医療を受けられるよう、依存症ごとに専門医療機関及び治療拠点機関を選定するとともに、医療機関間の連携を推進します。
- 依存症に関する相談拠点を設置し、依存症相談員を配置します。
- 依存症患者等に対する包括的な支援を実施するため、行政、医療、福祉、司法などの関係機関の連携の強化、依存症に関する情報や課題の共有などを目的に、関係機関による連携会議を開催します。
- 医療、保健、福祉、介護、労働などの依存症患者に対する支援者の人材養成を図るため、依存症の特性を踏まえた研修を実施します。
- アルコール健康障害対策推進計画に基づき、予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備します。
  - ※ 「アルコール健康障害対策推進計画」は、「第8編第6節 アルコール健康障害対策」に記載しています。

### 依存症対策について

平成26年（2014年）に施行されたアルコール健康障害対策基本法は、アルコール健康障害の発生、進行、再発の防止と飲酒運転、虐待、自殺など飲酒によって起きる問題の解決のための施策や計画策定について述べられています。平成28年（2016年）から、覚せい剤や危険ドラッグなど、薬物事犯などで刑務所に入った人が、社会の中で立ち直りを目指す刑の一部執行猶予制度が始まりました。

また、平成28年（2016年）に、カジノを含む統合型リゾートを推進する法案が成立しましたが、わが国のギャンブル等依存症対策が十分でない現状が指摘されています。

新たな依存症対策の流れを踏まえ、長野県精神保健福祉センターでは、アルコール・薬物依存症に対する治療・回復プログラムの「スマーブ」を参考にし、ギャンブル依存症にも対応した依存症治療・回復プログラム「ARPPS（アルプス）」を作成しました。

## (7) 精神科救急

- 精神科救急を必要とする患者が、入院措置対応を含め適切かつ円滑に医療を受けられるよう、警察、消防、精神科病院、一般医療機関等の関係機関と、地域の精神科救急医療体制の共有及び相互理解を図ります。
- 精神科を継続して受診している患者が、夜間・休日に精神症状の悪化を認めた際にも円滑に医療を受けられるよう、精神科医療機関の理解の促進や病院・診療所間の連携強化に取り組みます。
- 精神障がい者や家族等からの緊急的な精神医療相談への対応や、緊急に医療を必要とする場合の医療機関との連絡調整を行う体制を確保します。

## (8) 身体合併症

- 心疾患や腎臓病、糖尿病などの身体合併症を有する精神疾患患者が、身体合併症について適切な医療を受けられるよう、地域ごとに身体診療科と精神科との連携を推進します。
- 身体合併症を有する精神疾患患者への救急医療提供体制について検討します。

## (9) 災害精神医療

- 大規模な自然災害や事故災害の発生時における精神保健医療ニーズの増加に対応するため、専門性の高い精神科医療や精神保健活動の支援を行うことができる体制の整備を推進するとともに、平時から、災害派遣精神医療チーム(DPAT)に参加する医師や看護師等の研修を実施します。
- 災害時の精神科医療を提供する上で、中心的な役割を担う災害拠点精神科病院の位置付けについて検討します。

## (10) 医療観察法における対象者への医療

- 医療観察法の対象者が必要な医療や支援を受け、早期に社会復帰できるよう、保護観察所を中心とした、市町村、関係機関等との連携を推進します。

## 2 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築

### (1) 医療機関・団体の取組として望まれること

- 長期入院精神障がい者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することにより地域生活への移行が可能であることから、関係機関と連携した地域移行・地域定着の推進。
- 精神障がい者が治療を中断することなく状態が安定し、地域での生活を安心して続けられるよう、精神科医療機関、訪問看護ステーション、薬局等による訪問等の支援。
- 精神障がい者の視点を重視した支援の充実、精神障がい者が自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点から、ピアサポート活動の推進。

### (2) 市町村の取組として望まれること

- 保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置、支援体制の強化及び精神障がい者の地域移行・地域定着の推進。
- 市町村障害福祉計画と整合を図り、地域移行に伴う基盤整備の計画的な推進。

### (3) 県の取組

- 障がい保健福祉圏域ごとに設置する保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を強化します。
- 2020年度末、2024年度末における入院需要（患者数）及び地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）を長野県障がい者プランと共有し、整合を図りながら、地域生活への移行の推進に取り組みます。
- 障がい保健福祉圏域の精神障がい者地域移行関係職員や保健、医療、福祉、介護など関係機関と連携し、精神障がい者の地域移行・地域定着の支援を推進します。
- 措置入院者等が退院後に医療等の継続的な支援を受けられることができるよう、精神科医療機関、市町村、地域援助事業者等と連携し取り組みます。
- 認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、長野県高齢者プランと整合を図りながら取り組みます。

#### 措置入院者等への退院後継続的支援について

厚生労働省は、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」で措置入院制度の見直しに関する論点として、①措置入院者の退院後の医療等の継続支援、②措置入院中の診療内容の充実、③措置入院の手続き及び関係機関等の協力の推進の3点を提示しました。

このうち、退院後の継続支援については、措置を行った都道府県知事や政令市長に対し、全ての措置入院患者の入院中からの「退院後支援計画」作成を求め、計画の作成にあたっては、帰住先の保健所設置自治体や入院先病院等が参加する調整会議を開催し、退院後も患者に必要な医療等の支援を継続的に確保する仕組みを設けることとしました。調整会議には患者本人や家族の参加も促しています。退院後、患者を孤立させない仕組みを作ることを主眼としています。



## 第4 数値目標

### 1 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

区分	指標		現状 (2017)	目標 (2023)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	医療関係者等 による協議の 場の設置	精神医療圏 ごと	未設置	4 圏域	全ての医療圏 に新たに設置 する	県実施事業
S		県域	未設置	1 組織	新たに設置す る	県実施事業
P	精神科医療機関と精神科以 外の医療機関との連携会議 の開催地域数		10 地域	10 地域以上	現状以上を目 指す	地域自殺対策 強化事業補助 金
P	治療抵抗性統合失調症治療 薬を用いた治療を行う医療 機関数		9 病院	9 病院以上	現状以上を目 指す	クロザリル適 正使用委員会 資料
S	認知症疾患医療センター数		3 か所	10 か所 (2020)	二次医療圏ご とに1か所の 設置を目指す	保健・疾病対策 課調査
P	認知症サポート医数		142 人 (2016)	157 人 (2020)	一般診療所 10 か所に対 して1人とする	保健・疾病対策 課調査
S	若年性認知症相談窓口の設 置		1 か所	1 か所	現状を維持す る	保健・疾病対策 課調査
P	発達障がいかかりつけ医研 修の開催回数		1 回	1 回	現状を維持す る	県実施事業
P	発達障がい診療地域連絡会 (支援関係者研修会)の開 催圏域数		10 圏域	10 圏域	現状を維持す る	県実施事業
P	依存症支援関係機関による 連携会議の開催回数		未開催	1 回以上	新たに開催す る	県実施事業
S	精神科救急医療体制整備圏 域数		4 圏域	4 圏域	現状を維持す る	保健・疾病対策 課調査
P	精神科身体合併症管理加算 を算定する医療機関数 ※精神科病院が算定		16 病院	16 病院以上	現状以上を目 指す	関東信越厚生 局「届出受理医 療機関名簿」
P	精神疾患診療体制加算を算 定する医療機関数 ※一般病院が算定		15 病院	15 病院以上	現状以上を目 指す	関東信越厚生 局「届出受理医 療機関名簿」
S	災害派遣精神医療チーム (DPAT) 登録医療機関数		未設置 (2018.1 現在)	4 医療機関	新たに登録す る	県実施事業

## 2 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築

区分	指標		現状 (2017)	目標 (2023)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	障がい保健福祉圏域ごと	未設置	10 圏域 (2020)	全ての圏域に設置する	県実施事業
S		市町村ごと	未設置	77 市町村 (2020)	全ての市町村に設置する	障がい者支援課調査
P	障がい保健福祉圏域における地域移行関係職員等による連絡会議の開催回数		3 回	3 回	現状を維持する	県実施事業
O	精神病床における入院患者数		4,309 人 (2014 年度末)	3,750 人 (2020 年度末) 3,053 人 (2024 年度末)	国が提示する推計式による	厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」
O	精神病床における1年以上長期入院患者数	65 歳以上	1,504 人 (2014 年度末)	1,282 人 (2020 年度末)	国が提示する推計式による	厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」
		65 歳未満	1,119 人 (2014 年度末)	818 人 (2020 年度末)	国が提示する推計式による	
O	精神病床における早期退院率	入院後3か月時点	67% (2014)	69%以上 (2020)	国が提示する成果目標による	厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」
		入院後6か月時点	83% (2014)	84%以上 (2020)	国が提示する成果目標による	
		入院後1年時点	91% (2014)	91%以上 (2020)	国が提示する成果目標による	
O	精神病床における退院後3か月時点の再入院率	1年未満入院患者	長野県 27% 全 国 20% (2014)	20%以下 (2020)	全国平均以下を目指す	厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」
		1年以上入院患者	長野県 47% 全 国 37% (2014)	37%以下 (2020)	全国平均以下を目指す	

注) 「区分」欄 S (ストラクチャー指標) : 医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標  
P (プロセス指標) : 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標  
O (アウトカム指標) : 医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

### 第5 関連する分野及び個別計画

#### (1) 関連する分野

こころの健康 (第4編第5節)、母子保健 (第4編第8節)

#### (2) 関連する個別計画

長野県自殺対策推進計画、長野県高齢者プラン、長野県障がい者プラン、長野県子ども・若者支援総合計画

## 第6節 アルコール健康障害対策

### (長野県アルコール健康障害対策推進計画)

酒は百薬の長と言われるように、節度ある適度な飲酒は、血行促進やストレスを和らげるなど心身への効果があり、また人間関係を円滑にする潤滑油としての働きがあるなど、私たちの生活に豊かさと潤いを与えるものです。特に本県は、四季折々の自然と良質な原材料という条件を兼ね備えた酒造りの適地であり、清酒の蔵元やワインの醸造所が多く所在しています。地酒は、高品質で個性豊かな魅力にあふれた貴重な地域資源であり、お酒の伝統と文化は県民の生活に深く浸透しています。

平成27年(2015年)12月には、地酒(本県で製造される清酒、ワイン、ビールその他の酒類)の普及の促進に関し、基本理念を定め、酒造業その他関連産業の振興を図り、もって地域の活性化に寄与することを目的として「信州の地酒普及促進・乾杯条例」を公布・施行しました。

その一方で、多量飲酒や未成年・妊婦の飲酒等の不適切な飲酒は、アルコール依存症やアルコール性肝臓疾患等の心身の健康障害(アルコール健康障害)の原因となることが知られています。

さらに、アルコール健康障害は、本人の健康問題だけでなく、飲酒運転、暴力、虐待、自殺など、その家族や周囲への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高いことから、社会全体でアルコール健康障害対策を講じる必要があります。

こうしたことから、アルコール健康障害の発生、進行および再発の防止を図るため、アルコール健康障害対策を総合的かつ計画的に推進し、国民の健康を保護するとともに、安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的として、平成26年(2014年)6月に「アルコール健康障害対策基本法」(以下「基本法」という。)が施行されました。

また、基本法において定められた「アルコール健康障害対策推進基本計画」(以下「基本計画」という。)が、平成28年(2016年)5月に策定され、都道府県は基本計画を基に、地域の実情に即したアルコール健康障害対策の推進に関する「アルコール健康障害対策推進計画」を策定することが努力義務とされています。

このような状況を踏まえて、県の実情に即したアルコール健康障害対策推進計画を策定し、アルコール健康障害対策を総合的に推進します。

\*アルコール健康障害とは：アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の、不適切な飲酒の影響による心身の健康障害をいう。(基本法第2条)

#### アルコール依存症とは

アルコール依存症には「本人の意思が弱く飲み過ぎてしまう」というイメージがあります。

しかし、本人の意思の問題でなく、長年の飲酒により脳の働きが変化してしまい、お酒の飲み方(飲む量、タイミング、状況)のコントロールができなくなってしまう病気なのです。

有害な結果が起こっていても飲酒してしまうのが特徴で、健康、家族、仕事、趣味、信用などお酒よりずっと大切なものよりも飲酒を優先するようになります。

週に4日以上飲酒する人なら誰でも依存症になる可能性があると言われています。「休肝日を作ろうと思うが作れない」、「飲まないと言いつけられない」、「健診で注意されたが飲んでしまう」といった方は要注意です。問題に気付いたら、精神保健福祉センターや保健福祉事務所等の相談機関や専門の医療機関に相談することをお勧めします。

# 第1 現状と課題

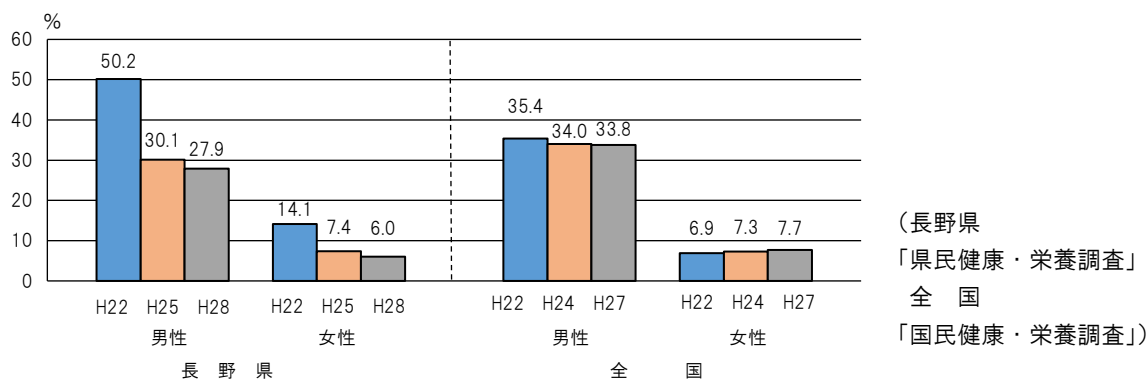
## 1 現状

### (1) 飲酒者の状況

- 本県における飲酒習慣がある者\*の割合は男女とも減少傾向で推移していますが、全国的には男性は減少傾向、女性は増加傾向です。

\*飲酒習慣がある者：週に3日以上飲酒し、飲酒日1日あたりの純アルコール約20g以上を飲酒する者  
 (出典：国民健康・栄養調査)

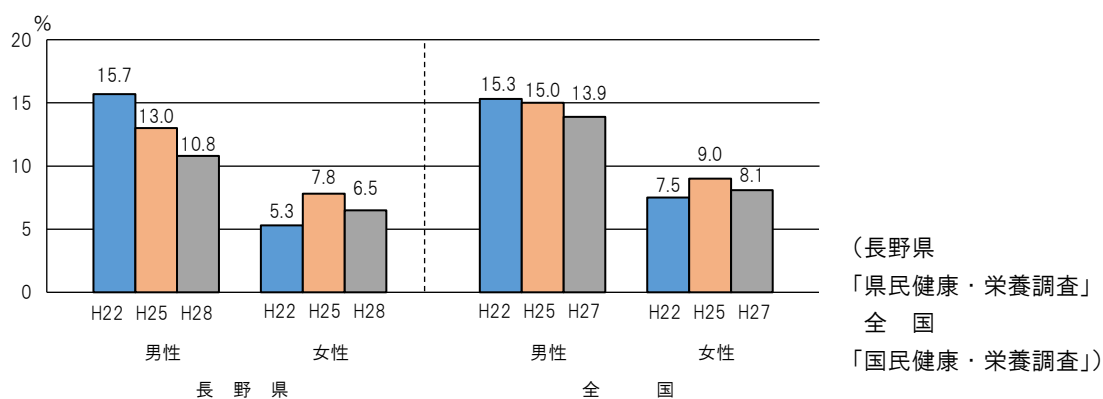
【図1】飲酒習慣がある者の割合



- 本県では、平成28年度(2016年度)における生活習慣病のリスクを高める量\*を飲酒している者の割合は、男性10.8%、女性6.5%でした。男性は減少していますが、女性は大きな変化はみられません。全国的にも同様の傾向がみられています。

\*生活習慣病のリスクを高める量：1日あたり純アルコール摂取量が、男性40g以上、女性20g以上  
 (出典：健康日本21(第二次))

【図2】生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合

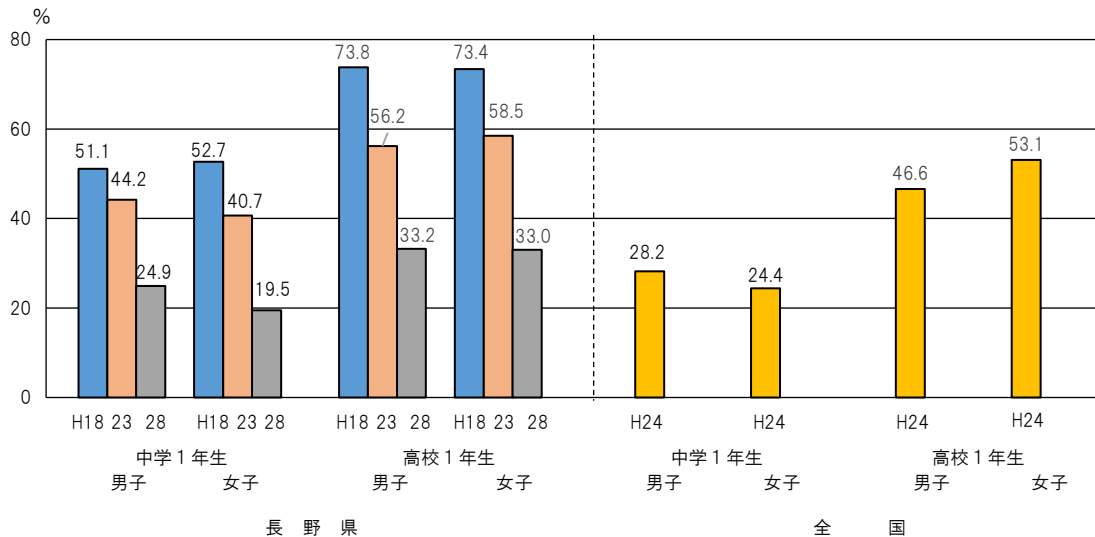


### 【参考】純アルコール20gの目安

酒の種類(基準%)	酒の量	だいたいの目安
ビール・発泡酒(5%)	500ml	中瓶またはロング缶1本
チューハイ(7%)	360ml	350ml缶1本
焼酎(25%)	100ml	0.5合強
日本酒(15%)	170ml	1合弱
ウイスキー・ジンなど(40%)	60ml	ダブル1杯
ワイン(12%)	200ml	ワイングラス2杯弱

- 平成 28 年度（2016 年度）において、未成年の飲酒経験者（一度でも飲酒をしたことがある者）の割合は、中学 1 年生男子 24.9%、女子 19.5%、高校 1 年生男子 33.2%、女子 33.0%でした。平成 23 年度（2011 年度）と比較すると中学 1 年生、高校 1 年生とも、また男女とも約 20 ポイント減少しています。

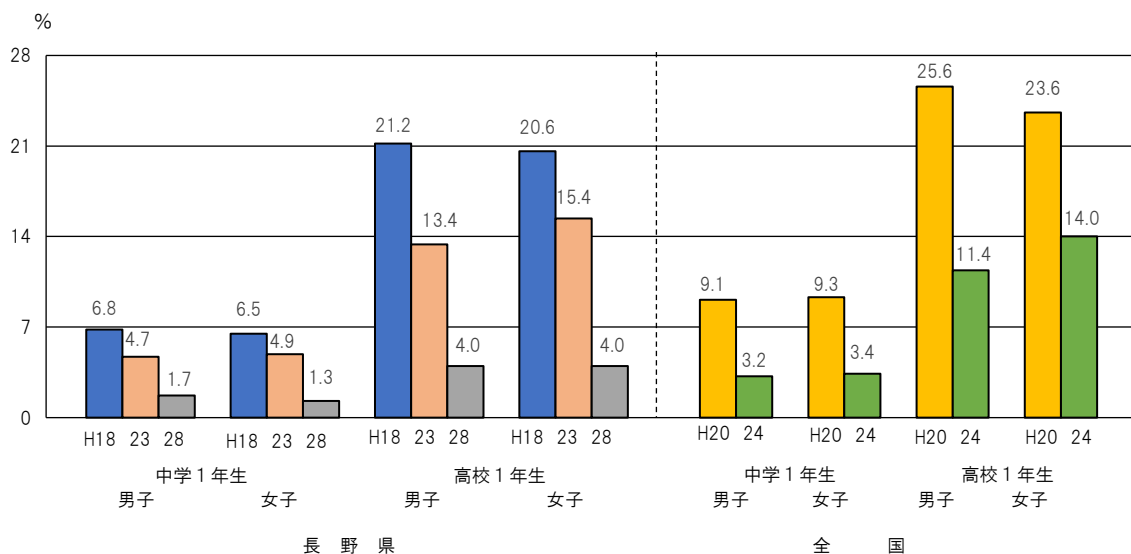
【図 3】 未成年者の飲酒経験率（中学 1 年生及び高校 1 年生）



（長野県「未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」、  
 全国「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」（研究代表者 大井田隆）

- 平成 28 年度（2016 年度）において、現在月 1 回以上飲酒している未成年者の割合は、中学 1 年生男子 1.7%、女子 1.3%、高校 1 年生男子 4.0%、女子 4.0%でした。平成 23 年度（2011 年度）と比較すると、中学 1 年生、高校 1 年生とも、また男女とも減少しており、高校 1 年生は男女とも約 10 ポイント減少しています。

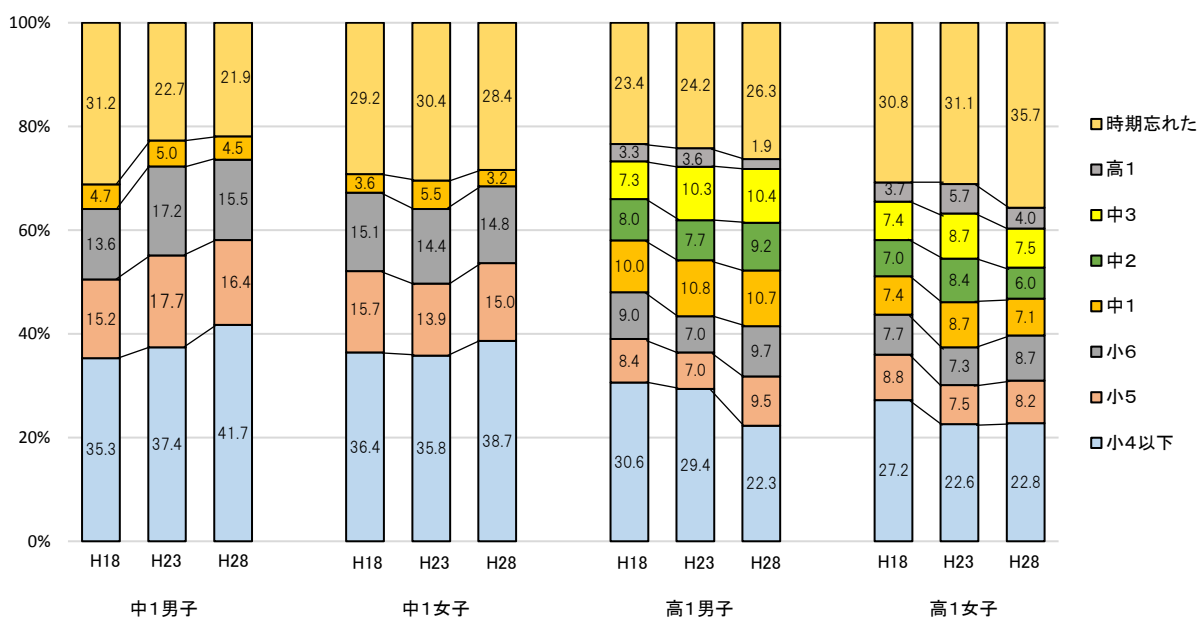
【図 4】 月 1 回以上飲酒している未成年者の割合（中学 1 年生及び高校 1 年生）



（長野県「未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」、  
 全国「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」（研究代表者 大井田隆）

- 飲酒経験を持つ未成年者の初めての飲酒経験学年は「小学4年生以下」が男女とも多い状況です。

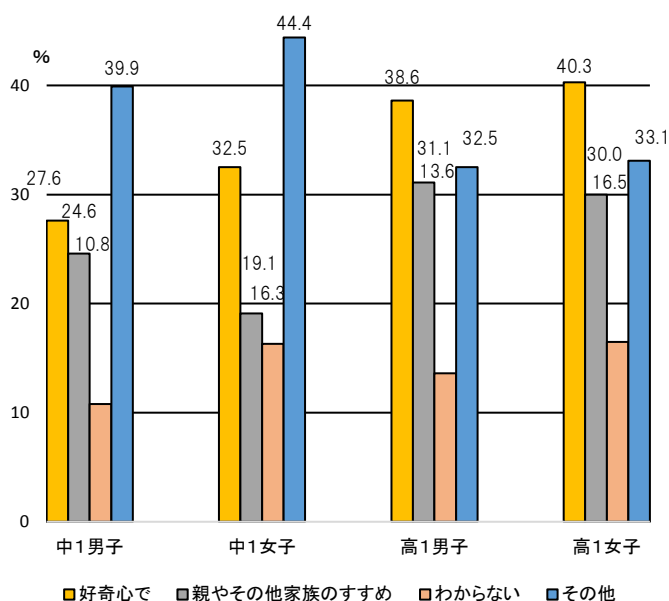
【図5】初めての飲酒経験学年（飲酒経験を持つ中学1年生及び高校1年生）



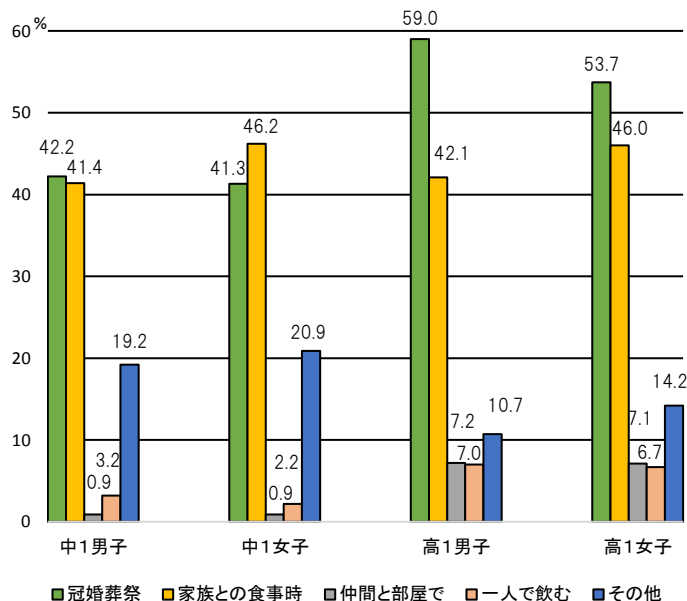
(長野県「未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」)

- 初めて飲酒したきっかけは、いずれの学年・男女において「好奇心で」と「親やその他の家族の勧め」の割合が高くなっています。
- 飲酒の機会は、「冠婚葬祭」と「家族との食事時」がいずれの学年・男女でも高くなっています。

【図6】初めてお酒を飲んだきっかけ（複数回答）  
（飲酒経験を持つ中学1年生及び高校1年生）



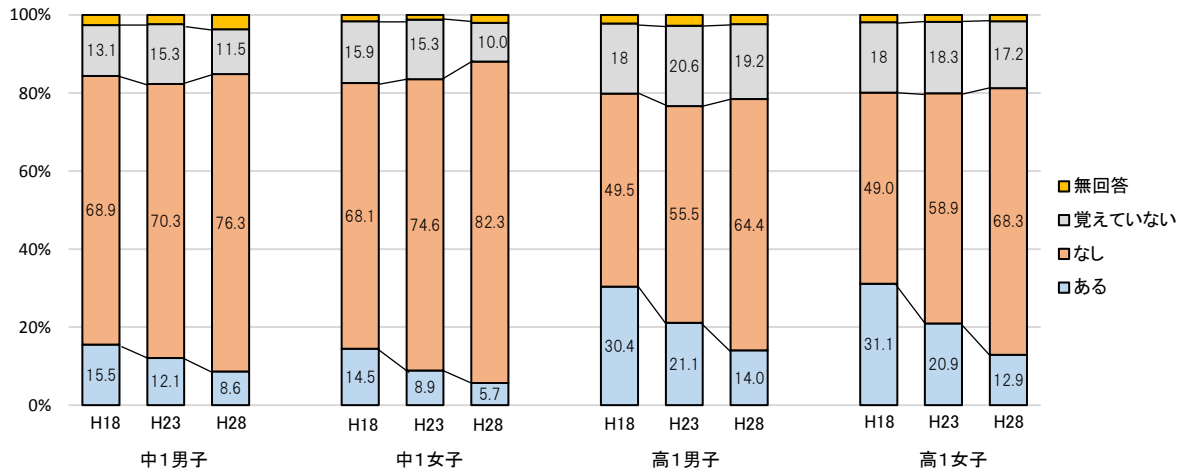
【図7】飲酒機会の状況（複数回答）  
（飲酒経験を持つ中学1年生及び高校1年生）



(長野県「未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」)

○ 親から飲酒を勧められた経験のある未成年者は減ってはきているものの、高校1年生では男女とも1割以上となっています。

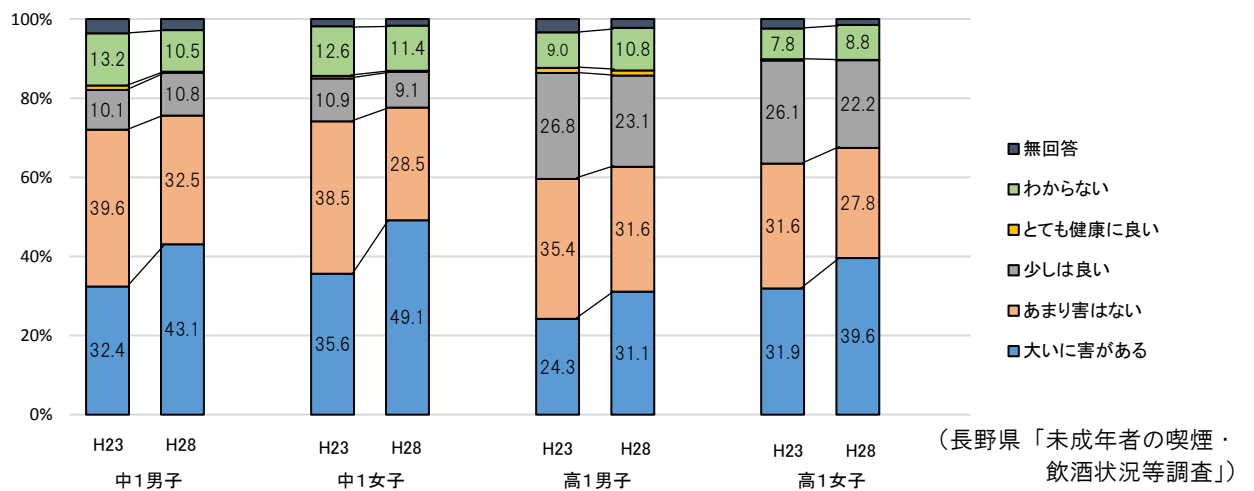
【図8】 両親から飲酒を勧められた経験（飲酒経験を持つ中学1年生及び高校1年生）



(長野県「未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」)

○ 飲酒の害に対する認識は全ての学年・男女において増えています。

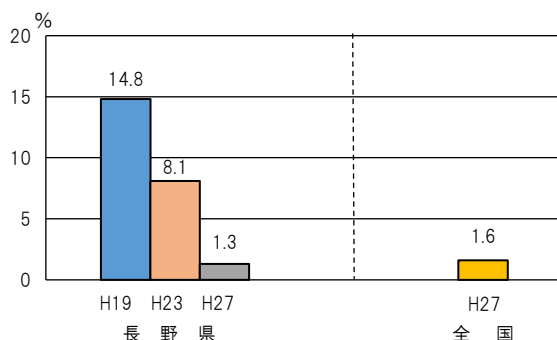
【図9】 飲酒の害に対する認識（中学1年生及び高校1年生）



(長野県「未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」)

○ 妊娠中の飲酒状況については、平成19年度（2007年度）と比較すると、大きく減少しています。

【図10】 妊娠中の飲酒者の割合



(「健やか親子21(第2次)の指標に基づく乳幼児健康診査必須問診項目調査」)

## (2) アルコールによる健康障害

- アルコールを原因とする身体疾患としては、アルコール性肝炎・肝硬変などの肝臓疾患が代表的ですが、その他にも脳（慢性硬膜下血腫、脳卒中、ウェルニッケ脳症）、末梢神経（アルコール性ニューロパチー）、消化器（胃潰瘍、食道静脈瘤、アルコール性膵炎）、内分泌・代謝疾患（糖尿病、痛風）、循環器（高血圧、アルコール性心筋症）、運動器（大腿骨骨頭壊死、アルコール性ミオパチー）など多様であり、アルコールの影響はまさに全身に及びます。
- 平成 24 年（2012 年）の厚生労働科学研究\*によると、全国のアルコール依存症の生涯経験者は 109 万人と推計されており、これを同年の県内 20 歳以上人口に換算すると、約 1.86 万人と推計されます。

また、調査時点でアルコール依存症を有する者は、全国で 58 万人と推計され、これを同年の県内 20 歳以上人口に換算すると、約 1.02 万人と推計されます。

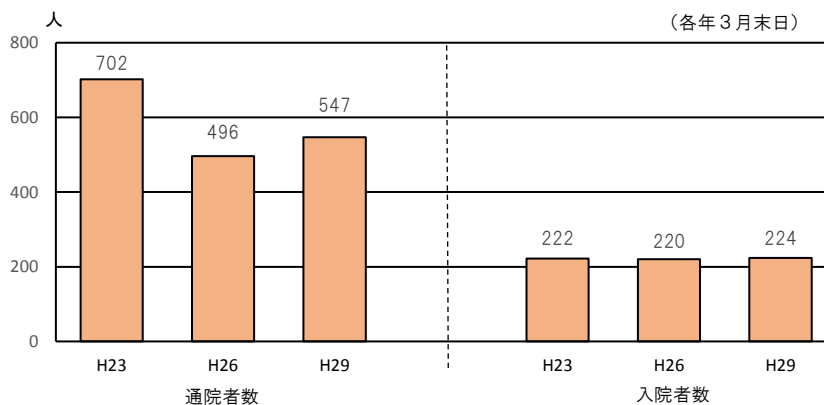
【表 1】アルコール依存症の経験者数の推計（平成 24 年）（単位：万人）

区 分	長野県	全 国
アルコール依存症の生涯経験者	1.86	109
アルコール依存症を現在有する者	1.02	58

\*WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究（研究代表者 樋口 進）

- 平成 29 年（2017 年）における「アルコール使用による精神及び行動の障害」による通院患者数は平成 23 年（2011 年）と比較すると減少しており、入院患者数は横ばいとなっています。

【図 11】アルコール使用による精神及び行動の障害を有する患者数



（通院者数「自立支援医療（精神通院医療）受給認定者数」、入院者数「精神科病院月報」：保健・疾病対策課調べ）

- 肝疾患による死亡者数のうち、アルコール性肝疾患による死亡者数は増加しています。

【表 2】肝疾患による死亡者数

年 度	長 野 県		全 国	
	肝疾患全死亡者数	うち アルコール性肝疾患	肝疾患全死亡者数	うち アルコール性肝疾患
平成17年度	241 人	73 人 (30.3%)	16,430 人	3,928 人 (23.9%)
22年度	255 人	71 人 (27.8%)	16,219 人	4,470 人 (27.6%)
27年度	247 人	93 人 (37.7%)	15,659 人	4,710 人 (30.0%)

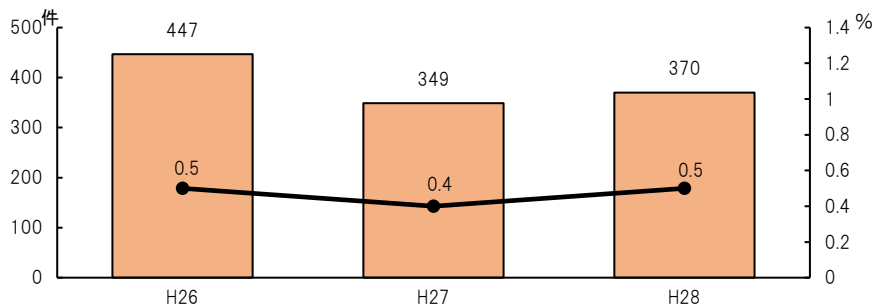
（厚生労働省「人口動態統計」）



### (3) 飲酒による交通事故件数

- 本県の主要違反取締検挙件数に占める飲酒による違反件数の割合は、ほぼ横ばいとなっています。

【図 12】 主要違反取締検挙件数に占める飲酒による違反件数及び割合



(長野県警察本部「交通統計」)

- 本県の人身事故件数及び死亡事故件数のうち飲酒を伴う事故件数の占める割合は、平成 20 年 (2008 年) 以降ほぼ横ばいとなっています。

【表 3】 事故件数における飲酒運転の割合

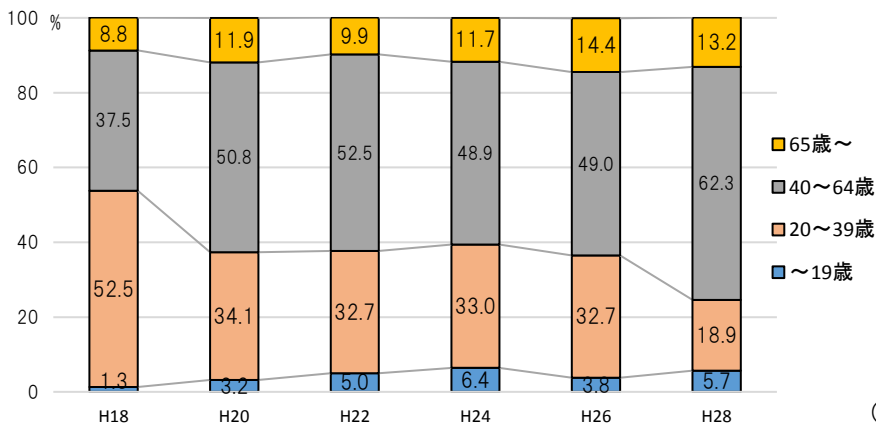
(単位：件)

件数	H18	H20	H22	H24	H26	H28
人身事故	13,122	11,898	10,743	10,403	9,286	8,301
うち飲酒あり	238(1.81%)	126(1.06%)	101(0.94%)	94(0.90%)	104(1.12%)	106(1.28%)
死亡事故	116	115	108	96	81	106
うち飲酒あり	11(9.48%)	3(2.61%)	2(1.85%)	5(5.21%)	4(4.94%)	4(3.77%)

(長野県警察本部資料より作成)

- 本県の飲酒を伴う交通事故の当事者の年代構成割合は、平成 20 年 (2008 年) 以降ほぼ横ばいでしたが、平成 28 年 (2016 年) は 40~64 歳が増加しています。

【図 13】 飲酒を伴う事故の当事者の年代構成割合



(長野県警察本部資料より作成)

### (4) 精神保健福祉相談等の状況

- 精神保健福祉センター及び保健福祉事務所におけるアルコール関連の相談件数は、増加傾向です。
- 平成 28 年度(2016 年度)から精神保健福祉センターにおいて、薬物やアルコール依存症からの回復を希望する当事者を対象に、依存症治療・回復プログラム「ARPPS(アルプス)」を実施しています。また、依存症の支援者や関係機関、家族等を対象に研修会や家族講座を開催しています。

【表 4】 精神保健福祉相談実施状況 (単位：件)

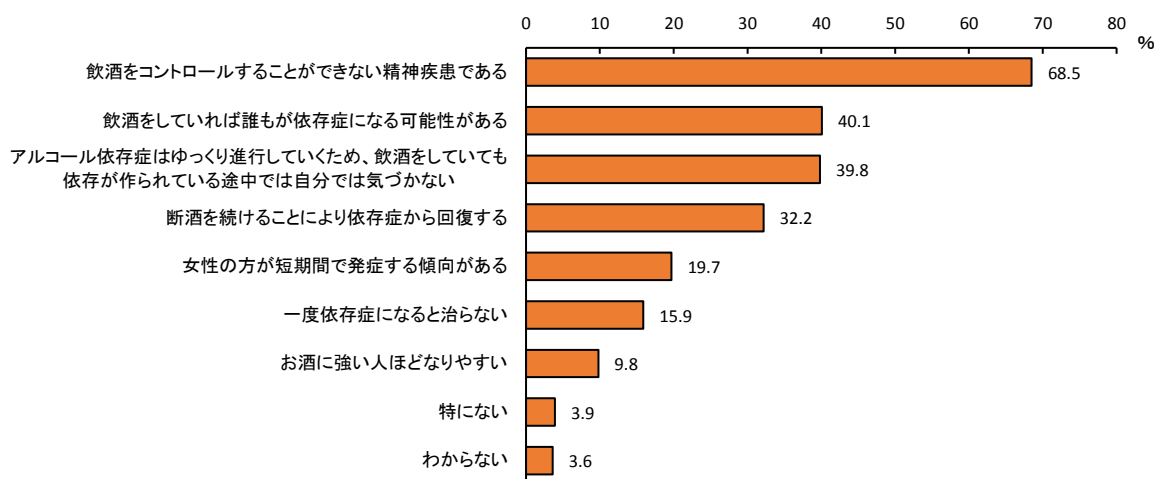
年 度	精神保健福祉センター (面接・電話・訪問)	保健福祉事務所 (面接・電話・訪問)
平成25年度	379	227
26年度	383	231
27年度	773	256

(精神保健福祉センター：厚生労働省「衛生行政報告例」、保健福祉事務所：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」)

### (5) アルコール依存症等の理解

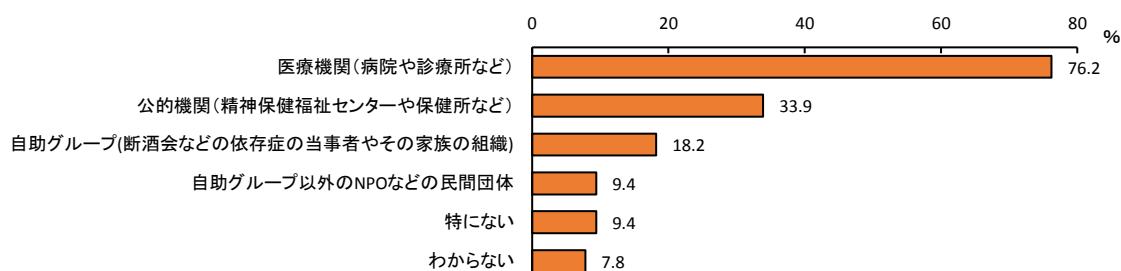
- 平成 28 年 (2016 年) の内閣府の世論調査によると、約 7 割の人が「アルコール依存症は精神疾患である」と理解していますが、「誰もが依存症になる可能性がある」、「断酒を続けることにより依存症から回復する」と答えた人は約 4 割にとどまっています。また、相談できる場所として、精神保健福祉センターや保健所などを知っている人は 3 割強でした。

【図 14】 アルコール依存症について知っていること (複数回答)



(内閣府政府広報室「アルコール依存症に対する意識に関する世論調査」)

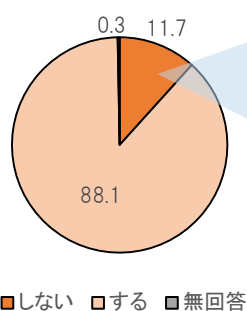
【図 15】 相談できる場所として知っているもの (複数回答)



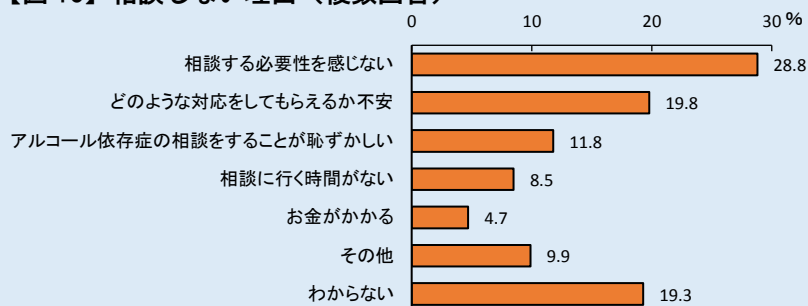
(内閣府政府広報室「アルコール依存症に対する意識に関する世論調査」)

- 同調査において、「あなたや家族にアルコール依存症が疑われる場合、相談窓口を知っていれば相談しますか」の問いに「する」と回答した者は 88.1%でした。相談を「しない」と回答した者の理由として「相談する必要性を感じない」が約 3 割、「どのような相談をしてもらえないか不安」が約 2 割、「アルコール依存症の相談をすることが恥ずかしい」が約 1 割でした。

【図 16】 あなたや家族にアルコール依存症が疑われる場合に  
相談窓口を知っていれば相談するか



【図 18】 相談しない理由（複数回答）



（内閣府政府広報室：アルコール依存症に対する意識に関する世論調査）

### お酒に強い人、弱い人

アルコールは消化管から吸収されると、さまざまな酵素の働きで一旦有毒物質のアセトアルデヒドに変化し、さらに無毒の酢酸に変化していきます。代表的な酵素である ALDH2 の活性が強い人はアセトアルデヒドを代謝する（無毒化する）スピードが速いため「お酒に強い人」にあたり、逆にその酵素活性が弱い人は「お酒に弱い人」にあたります。

日本人の場合、ALDH2 活性が強い人（お酒に強い人）が5割強、活性があるものの弱い人が4割弱（飲めるが弱い人）、そして全く活性がない人（いわゆる下戸の人）が残りの数%程度であると言われています。

「お酒に強い人、弱い人」は酵素活性だけで決まるわけではなく、年齢（高齢になると弱くなる）や性別（一般的に女性の方が弱い）、飲酒日の体調等によって影響を受けます。健康を守るために適度な飲酒を心がけたいものです。

## 2 課題

### （1）飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防

#### ア 飲酒に伴うリスクに関する正しい知識の普及

- 未成年の飲酒は法律で禁止され、脳の萎縮や第2次性徴の遅れ、アルコール依存症のリスクの高まりなど、心身の発育への影響が指摘されていますが、未成年の飲酒率は減少傾向であるもののゼロではありません。また、家庭において、保護者が子供に飲酒を勧めるなど、未成年の飲酒のリスクが十分理解されているとは言えません。
- 女性は男性よりも少ない飲酒量で生活習慣病のリスクが高くなること、短期間の飲酒でアルコール依存症を発症する傾向があること等、女性特有のリスクがあります。また、妊娠中の飲酒は、胎児性アルコール症候群\*や発育障がいを引き起こすことが指摘されていますが、妊娠中の飲酒者の割合も減少しているもののゼロではありません。

\*胎児性アルコール症候群： 妊娠中の母親の飲酒は、胎児・乳児に対して低体重・顔面を中心とする奇形・脳障害などを引き起こす可能性があり、胎児性アルコール症候群と言われます。  
胎児性アルコール症候群には治療法はなく、また少量の飲酒でも妊娠のどの時期でも生じる可能性があります。（出典：厚生労働省 e-ヘルスネット）

- 飲酒運転等不適切な飲酒による事件、事故等を防ぐため、依存症やリスクについての正しい知識の普及が課題です。

### アルコール、うつ、自殺

アルコール依存症が進行すると、健康を失う、職業を失う、家族を失う、信用を失う、等々人生にとって大切なものが次々と失われていくと言われています。それら喪失体験が繰り返されることで、何ごとにも自信を失い、気力が低下して、うつ病となりやすくなります。また、アルコールは脳の働きを抑制する物質であるため、うつ病を悪化させてしまいます。喪失体験、そしてうつ病が生きる気力を失わせ、最後には人を自殺に追い込んでしまうことが少なくありません。自殺予防の観点からもアルコール健康障害対策が大切になります。

#### イ アルコール依存症の正しい理解の浸透

- アルコール依存症は、飲酒をしていれば誰でもなり得る疾患であり、飲酒をコントロールできなくなる精神疾患であること、また、治療や断酒に向けた支援を行うことにより十分回復しうる事が理解されておらず、「意思が弱い」、「だらしがない」といった誤解や偏見が存在しています。
- 誤解や偏見が、本人や家族にアルコール依存症を否認させることにつながり、県内のアルコール依存症者の推計人数 1.02 万人に対し、アルコール依存症による通院者数及び入院者数は平成 28 年度末で 771 人と約 7.6%で、多くがアルコール依存症の治療につながっていないと考えられるほか、医療や就労支援などの場でも治療、回復、社会復帰の障壁となっています。
- 社会全体におけるアルコール依存症についての正しい理解を浸透させていくことが重要です。

## (2) アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

#### ア 早期からの相談の重要性及び相談窓口等の周知

- アルコール健康問題に関する相談業務は、精神保健福祉センターや保健福祉事務所等で行われていますが、相談窓口としての認知度が低く、たとえ知っていてもどのような対応をしてもらえるのか不安に思う回答もあることから、より具体的な周知を行っていくことが重要です。

#### イ 早期発見・早期介入への取組

- アルコール健康障害対策は、生活習慣病予防等の観点及びアルコール依存症対策を中心に進められてきましたが、依存症になってからの治療、回復は多くの労力を要するため、早期介入による、効果的な予防のための取組が重要です。
- アルコール依存症の早期発見、早期治療のためには、アルコール健康障害を有している者が受診していることが多いと考えられる内科等のかかりつけ医とアルコール依存症専門医療機関の連携が重要です。
- 職域における健康相談等からアルコール健康問題に関する医療機関への連携を図る必要があります。
- 単身高齢者等の不適切な飲酒によるアルコール健康障害を早期に発見し介入するため、地域における見守り体制が求められています。

#### ウ 関係機関の連携による相談から回復支援に至る支援体制の整備

- 飲酒運転や暴力、虐待等様々な問題の背景にアルコール依存症が疑われる場合の相談や早期介入に結び付ける仕組みづくりが課題となっています。

- アルコール健康障害の対応は、相談から治療、回復支援の過程で、様々な関係機関が関わる必要があることから、関係機関が連携を図り、地域において相談から治療、回復支援に至る体制の整備が重要です。
- アルコール依存症当事者の休職からの復職・継続就労について偏見なく行われるよう、他の疾患同様に職場における理解と支援が重要です。

## 第2 目指すべき方向と取組

### 1 基本的な方向性

- 基本目標：県民一人ひとりがアルコールや飲酒に伴うリスクに関する正しい知識を共有し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防するとともに、必要時に適切で切れ目のない支援につながる。
- 基本的な方向性：基本目標を達成するため、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の各段階に応じた切れ目のない対策を行う。
  - (1) 正しい知識の普及及び不適切な飲酒を防止する社会づくり
  - (2) 相談窓口の周知と、必要な支援につなげる相談支援体制づくり
  - (3) 医療の充実と連携の促進
  - (4) アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための支援体制づくり

### 2 県民の取組

- アルコール関連問題及びアルコール健康障害に関する関心と理解の促進。
- 未成年者や妊婦に対し、飲酒に伴うリスクに関する理解の促進及び飲酒の禁止。
- 定期的に健康診断を受け、必要時には医療機関への受診。

#### AUDIT について

AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) は WHO が主導して作成された「アルコール摂取パターンが危険・有害であるか」をスクリーニングするテストです。アルコール依存症までには至っていませんが将来健康を害する恐れのある危険な飲酒や、すでに健康被害を招いている者の同定を目的としています。テストは自記式で 10 項目からなり、各項目 0 点から 4 点で 40 点満点です。危険な飲酒は 8 点以上と言われており、15 点以上の場合にはアルコール依存症を疑い専門病院での診察が必要になります。AUDIT は多くの国で使用され、地域・年齢・性別の違いを超えて、その妥当性が報告されています。

### 3 関係機関・団体の取組

#### (1) 普及・啓発

##### ア 学校

- 小学校から高等学校における、アルコールが心身に及ぼす影響などの正しい理解の促進及び適切な意思決定や行動選択ができる教育の充実。
- 家庭における未成年者の飲酒を防止するため、未成年者の飲酒に伴うリスクに関する保護者への普及啓発の促進。
- 大学等における、飲酒に伴うリスクの啓発やアルコールハラスメント、未成年の飲酒防止等についての情報提供及び啓発の推進。

## 学校におけるアルコールの教育

小・中・高等学校では、体育・保健体育の授業において、1～2時間という限られた時間の中で、飲酒による健康影響や社会問題、誘いへの対処などを発達段階に応じて学んでいます。

また、教職員、保護者や学校医等から成る学校保健委員会において、未成年の飲酒予防や飲酒による健康被害をテーマにした講演会を企画し、保護者と一緒に学習を深める取組も行われています。

そのほか、児童生徒対象の保健講話では、学校薬剤師をはじめ警察、保健所、医療機関等から専門家を講師に招いて薬物乱用防止教室が行われています。薬物乱用の害について学ぶほか、児童生徒の発達段階に応じて、飲酒や喫煙の害についても触れられています。

さらに、児童生徒から成る保健委員会の活動でも、飲酒と健康をテーマに主体的に調べ学習を行い、展示発表をするといった取組も行われています。

### イ 職域

- 飲酒による心身への影響やアルコールハラスメント防止などに関する正しい情報の提供。

### ウ 酒類事業者

- 飲酒による心身への影響や適度な飲酒などに関する正しい情報の提供。

### エ 市町村・健康増進事業実施者

- 飲酒による心身への影響や適度な飲酒に関する正しい情報を伝える取組の実施。
- アルコール関連問題啓発週間（毎年11月10日から同月16日まで）等の機会を通じ、飲酒に伴うリスクについて、対象に応じた正しい知識の普及及び不適切な飲酒防止の啓発の推進。
- 生活習慣病や睡眠に及ぼす飲酒の影響やその他のアルコール関連問題に関する情報の周知。
- アルコール依存症は回復できる病気であり、社会復帰が可能であることを広く社会全体に啓発し、アルコール依存症に対する理解や支援の促進。

### オ 自助グループ等の関係団体

- アルコール関連問題啓発週間等において、関係機関等と連携し、飲酒に伴うリスクやアルコール依存症についての正しい知識の普及啓発の推進。

## アルコール依存症に関する自助グループ

長野県内においては断酒会・AA（アルコホーリクス・アノニマス）等が代表的な自助グループになります。

当事者・家族・関係者等が自助グループに通い続けることにより、「断酒」（お酒を止め続けること）が可能になります。

自助グループは県内をほぼ網羅しており、例会は概ね90分～120分で週一回開かれるのが通例になっています。当事者だけでなく誰でも参加できます。

詳しくは、お住いの市町村又は保健福祉事務所、精神保健福祉センターにお問い合わせください。

## (2) 不適切な飲酒の誘引防止

### ア 酒類事業者

- 未成年者や妊産婦などの、飲酒すべきでない者に対する飲酒の誘引の防止。
- 未成年者への酒類の販売禁止に関する周知の徹底。

## 長野県小売酒販組合連合会の「未成年飲酒防止」への取組

長野県小売酒販組合連合会では、「未成年者飲酒防止・飲酒運転撲滅キャンペーン」を街の酒屋としての「社会的な使命」と捉えております。2006年（平成18年）からは、県内10組合がJR長野駅前のほか県内の主要駅前にて、このキャンペーン強化月間中（4月1日～30日）に街頭啓発を実施するとともに、国税局・税務署関係、警察関係（警察友の会含む）、酒類メーカーや関係団体、2013年（平成25年）からは学校関係とも連携し幅広くアピールしています。

特に全県では高校生167名（2017年（平成29年））の協力があり、同世代の生徒への声掛けには効果があったと考えられます。

これからも、地域が一体となって趣旨を啓発できるように活動を継続していきます。



### （3）健康診断及び保健指導

#### ア 市町村・健康増進事業実施者

- 地域や職域における健康診断及び保健指導における、受診者の飲酒状況に応じた対応の実施。
  - ・ 全受診者に対する飲酒による身体への影響や適度な飲酒などに関する正しい情報の提供。
  - ・ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者に対する、今後起こり得る身体への影響などの具体的な助言の実施。
  - ・ アルコール依存症が疑われる者に対する、適切な医療機関や自助グループ等の紹介等、断酒に向けた支援の実施。

### （4）アルコール健康障害に係る医療の充実

#### ア 医療機関

- アルコール依存症者に対する適切な医療の提供。
- かかりつけ医等が、アルコール身体疾患からアルコール依存症を疑った場合の、アルコール専門医療機関との連携の促進。
- 地域や民間団体等の関係機関との連携の促進。

### （5）支援体制

#### ア 市町村

- 自助グループ等を地域の社会資源とし、各団体の機能に応じた役割を果たす機会や場所の提供。
- 精神保健福祉センター、保健福祉事務所等とのアルコール依存症の治療・回復支援に資する社会資源の情報共有及び自助グループや回復施設の活用。

#### イ 自助グループ等の関係団体

- 回復の体験談や、回復事例の紹介等による、回復支援における自助グループの役割等の啓発。

#### ウ その他の地域資源

- 地域の見守りをはじめとした様々な支援の継続。

## 4 県の取組

### （1）普及・啓発

- アルコール関連問題啓発週間等において、市町村や関係機関等と連携し、飲酒に伴うリスクやアルコール依存症についての正しい知識の普及啓発に取り組みます。

## (2) 相談支援体制の充実

- 精神保健福祉センターにアルコール健康障害を有している者及びその家族がわかりやすく気軽に相談できる相談拠点を設置するとともに、保健福祉事務所等、地域で相談できる窓口についても広く周知を行います。
- 地域における医療機関、保健福祉事務所、自助グループ等の各機関が相互に情報共有や協力体制を築くことで、適切な相談や治療、回復支援にまでつなげる連携体制を構築します。
- 精神保健福祉センターにおいて、支援関係者等に対する研修会を行い、人材育成を図ります。

## (3) 飲酒運転等をした者に対する指導等

- 飲酒運転、暴力行為、虐待、自殺未遂等をした者について、アルコール依存症が疑われる場合には、必要に応じ、精神保健福祉センター・保健福祉事務所等を中心とした地域の関係機関が連携し、アルコール関連問題の相談や自助グループ等が行う断酒に向けた支援、専門医療機関等における治療につなぐための取組を推進します。

## (4) アルコール健康障害に係る医療の充実

- アルコール依存症専門医療機関及び治療拠点機関をそれぞれ県内に選定し、専門的な医療体制の構築を図ります。（第8章第5節「精神疾患対策」参照）
- 専門医療機関に対し、アルコール健康障害を有している者が受診していることが多いと考えられる一般医療機関や、民間団体等の関係機関との連携強化を促します。
- 一般医療機関に対し、アルコール健康障害を有する者のうち、アルコール依存症を疑う者を、専門医療機関等の適切な医療に結び付けるための連携を促します。

## (5) 社会復帰の支援

- 精神保健福祉センター、保健福祉事務所、市町村等の関係機関が、再発防止や回復支援のために自助グループと連携した取組を行います。
- アルコール依存症の回復支援に重要な役割を果たしている自助グループ等の活動に対し、必要な支援を実施します。
- 精神保健福祉センターにおいて、依存症治療・回復プログラム（ARPPS）を継続して実施していきます。
- 保健福祉事務所において、アルコール依存症者の個別の背景に配慮し、関係機関と連携した回復支援を行うとともに、地域における連携体制の構築に努めます。
- アルコール依存症は回復できる病気であり、社会復帰が可能であることを広く社会全体に啓発し、アルコール依存症に対する理解や支援を促します。

## (6) 人材育成

- アルコール依存症の正しい知識と早期介入の手法等について、内科等の一般診療所の医師等に対する研修会を行います。
- 精神保健福祉センターにおいて、支援関係者等に対する研修会を行います。（再掲）

## 5 推進体制

- アルコール健康障害対策を推進していくに当たっては、アルコール健康障害対策推進会議等の場を通じ、関係者間での意見交換や連絡・調整等の協議を行いながら取り組みます。
- アルコール健康障害対策推進計画を総合的かつ計画的に推進するため、アルコール健康障害対策に関連する施策や部局との連携の強化を図ります。



### 第3 数値目標

#### 1 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防する

区分	指標		現状 (2017)	目標 (2023)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合	男性	長野県 10.8% (2016) 全 国 15.8% (2014)	10.8%未満 (2020)	現状より減少させる ※厚労省：アルコール健康障害対策推進基本計画の目標 (2020) 男性13.0% 女性 6.4%	県民健康・栄養調査
		女性	長野県 6.5% (2016) 全 国 8.8% (2014)	6.5%未満 (2020)		
O	未成年の飲酒割合	中学1年男子	1.7% (2016)	0%	未成年者の飲酒をなくす	未成年者の喫煙・飲酒状況等調査
		中学1年女子	1.3% (2016)	0%		
		高校1年男子	4.0% (2016)	0%		
		高校1年女子	4.0% (2016)	0%		
O	妊娠中の飲酒割合（再掲）		1.3% (2015)	0%	妊娠中の飲酒をなくす	健やか親子21乳幼児健診必須問診項目調査

#### 2 アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備する

区分	指標		現状 (2017)	目標 (2023)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	相談拠点の設置		未設置	1か所	新たに設置する	県実施事業
P	アルコール健康障害・依存症に関する相談件数	精神保健福祉センター	773件 (2015)	773件以上	現状以上を目指す	厚生労働省 衛生行政報告例
		保健福祉事務所	256件 (2015)	256件以上		厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告
P	かかりつけ医に対する研修の実施		未開催	1回以上	新たに開催する	県実施事業
P	関係機関による連携会議の開催回数（分科会を含む）		未開催	1回以上	新たに開催する	県実施事業
S	治療拠点医療機関の数		未設置	1か所以上	県域に1か所以上とする	保健・疾病対策課
S	専門医療機関の数		未設置	4か所以上	各精神医療圏圏域に1か所以上とする	保健・疾病対策課

注) 「区分」欄 S (ストラクチャー指標) : 医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標  
P (プロセス指標) : 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標  
O (アウトカム指標) : 医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

## <概要図>

### 基本目標

県民一人ひとりが飲酒に伴うリスクに関する正しい知識を共有し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防するとともに、必要時に適切で切れ目のない支援につなげる。

### 主な数値目標

生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者の割合の減少(2020年)

男性：10.8%未満  
女性：6.5%未満

未成年者の飲酒をなくす  
0%

妊娠中の飲酒をなくす  
0%

### 課題

飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防

アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

### 取組の方向性

正しい知識の普及及び不適切な飲酒を防止する社会づくり

相談窓口の周知と必要な支援につなげる相談支援体制づくり

医療の充実と連携の促進

アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための支援体制づくり

### 取組

発生予防

進行予防

再発予防

県民

アルコール関連問題への関心と理解の促進 / 未成年者や妊婦の飲酒禁止 / 定期的健康診断 / 早期受診

関係機関  
(市町村、医療従事者、酒類事業者、自助グループ等)

飲酒による心身の影響等に関する普及啓発 / 不適切飲酒の誘引防止

健康診断・保健指導

医療の充実・連携 / 社会復帰支援

県

アルコール関連問題の普及啓発 / 人材の育成

相談体制の充実・周知

医療の充実

社会復帰支援

## 第4 関連する分野及び個別計画

### (1) 関連する分野

県民参加の健康づくり（第4編第1節）、生活習慣病予防（がんを除く）（第4編第2節）、栄養・食生活（第4編第3節）、こころの健康（第4編第5節）、母子保健（第4編第6節）

### (2) 関連する個別計画

長野県自殺対策推進計画