

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

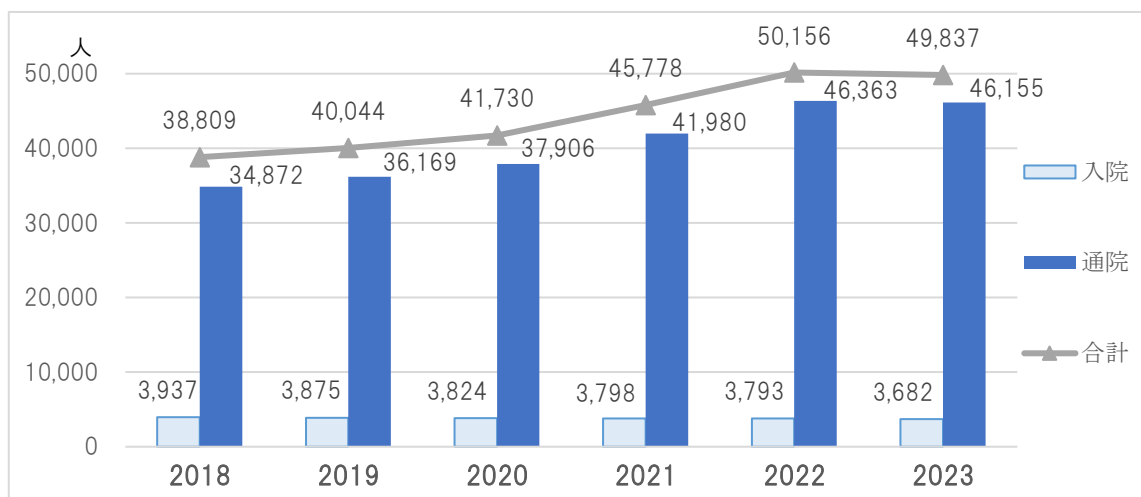
- 長野県の精神疾患患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療（精神通院医療）受給認定者）を合わせて、49,837人（2023年3月31日現在）となっています。
- 疾病別にみると、入院患者では「統合失調症」が最も多く、次いで「器質性精神障害（アルツハイマー病の認知症等を含む。）」となっています。通院患者では、「気分（感情）障害」が最も多く、次いで「統合失調症」となっています。
- 入院患者数は減少傾向にあります。通院患者数は5年前に比べ32.4%増加しています。

【表1】 疾病別患者数（2023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	724	1,547	2,271
F00 アルツハイマー病の認知症	319	1,198	1,517
F01 血管性認知症	109	64	173
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	296	285	581
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	230	761	991
F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	1,933	13,951	15,884
F3 気分（感情）障害	390	17,458	17,848
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	96	3,850	3,946
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	30	163	193
F6 成人の人格及び行動の障害	36	156	192
F7 精神遅滞	100	865	965
F8 心理的発達の障害	49	3,351	3,400
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	32	949	981
てんかん（F0に属さないものを計上する）	39	2,940	2,979
その他	23	164	187
合 計	3,682	46,155	49,837

（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）

【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）は近年減少していましたが、2022年度に増加し、9,637件となっています。

【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	うつ状態	その他	合計
2018年	63	4,339	843	77	208	160	4,011	1,660	2,519	13,880
2019年	50	3,066	804	85	275	124	4,814	1,613	1,599	12,430
2020年	58	2,708	623	111	232	143	4,807	1,872	1,805	12,359
2021年	43	2,860	462	72	176	137	3,025	1,695	925	9,395
2022年	55	3,383	411	85	167	131	3,155	1,442	808	9,637

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

- 保健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2020年度に減少しましたが、2021年度に再び増加し、9,736件となっています。

【表3】保健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
2017年	330	2,605	347	52	53	380	1,727	3,677	9,171
2018年	334	2,675	318	59	37	307	1,858	3,563	9,151
2019年	327	3,916	323	25	37	313	2,008	3,396	10,345
2020年	802	2,675	230	18	27	169	1,682	2,750	8,353
2021年	1,037	1,991	261	34	88	251	3,557	2,517	9,736

（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	31病院 4,536床 (2017年 30病院 4,823床)	保健・疾病対策課調 2023年10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 2,350床	
精神病床在院患者数（人口10万対）	186.1人（少ない順で全国14位）	厚生労働省 病院報告 2022年
精神病床平均在院日数	248.5日（少ない順で全国12位）	
精神病床利用率	81.2%（少ない順で全国22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 (2014年：48、2011年：39)	厚生労働省 医療施設 (静態動態)調査 2020年10月1日
精神科訪問診療を実施している医療機関数	5病院 18診療所	医療政策課 医療機能調査 2022年
精神科訪問看護を実施している医療機関数	21病院 15診療所	
県内を住所地とする精神保健指定医数	222人 (2017年 205人)	保健・疾病対策課調 2023年9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、15,884人（2023年3月31日現在）となっており、2017年の14,631人から増加しています。精神疾患患者数の31.9%を占め、気分（感情）障害に次ぐ患者数となっています。
- 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13病院となっています（2023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）。

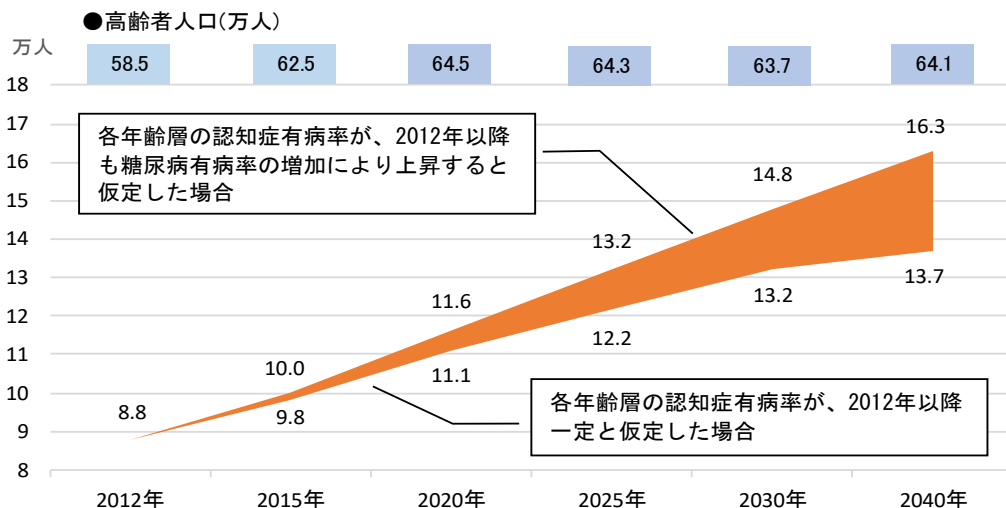
(2) うつ病・躁うつ病

- 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17,848人（2023年3月31日現在）となっており、2017年の11,921人から49.7%増加しています。精神疾患患者数の35.8%を占め、最も大きくなっています。
- 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郡市医師会単位で取り組んでいます。（新型コロナの影響で実施医師会数は2021年1、2022年1）
- 増加する患者に対し、医療、福祉、就労、教育等の関係者が、日常生活への回復支援について取組を進める必要があります。

(3) 認知症

- 認知症高齢者数は、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（厚生労働省）で、2012年に8.8万人、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)「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(厚生労働科学研究:研究代表者 二宮利治)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」(2013年)より試算

- 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（令和 5 年法律第 65 号）及び「認知症施策推進大綱」（2019 年 6 月厚生労働省策定）に基づき、次の施策を推進しています。
 - 市町村における認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センター、かかりつけ医等のさらなる質の向上を図るとともに、これらの連携を強化することが必要です。
 - 県内二次医療圏域全てに設置されている認知症疾患医療センターについては、引き続き、早期発見・早期診断・早期対応のための相談窓口の周知や、地域の実情に応じた体制の確保、認知症診療の質の向上が必要となっています。
 - 医療現場においては、様々な診療科で認知症の人に対応しているため、診療科や職種を問わず適切な対応ができるよう医療従事者の研修が引き続き必要です。
 - 若年性認知症（65 歳未満で発症する認知症）に対して専門的診療を実施している医療機関は、25 病院・26 診療所となっています（医療政策課「2022 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、18 病院・33 診療所となっており（医療政策課「令和 4 年医療機能調査」）、このうち 2 病院では、児童・思春期精神科入院医療管理料の診療報酬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（2023 年 10 月関東信越厚生局）。
- 不登校、家庭問題、虐待、いじめなど、子どもの心の問題が増加する一方で、診察待ちの長期化が全国的な課題であり、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

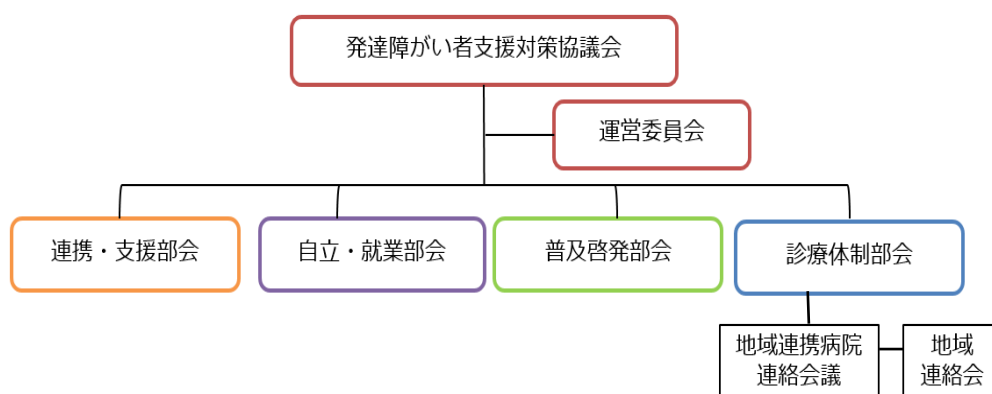
- 未診断例を含めた発達障がいの支援ニーズは小学 1 年生で少なくとも 10%程度は存在するとされています※¹。また、発達障がいの特性があり障がい福祉のサービスを必要とする人は人口の 0.9%から 1.6%と推計されています※²。

※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」（厚生労働科学研究：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变化：地域ベースの横断的および縦断的研究（厚生労働科学研究：研究代表者 神尾陽子）

- 長野県発達障がい者支援対策協議会に設置した診療体制部会において医療に関する課題解決に取り組んでいます。

【図 3】長野県発達障がい者支援対策協議会の体制



- 専門医等の不足を補うため 2018 年度から開始した、発達障がい診療人材育成事業により、長野県独自の専門資格である専門医・診療医を育成しており、2023 年 3 月時点で 53 名の専門医・診療医を認定しています。
- 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、普及啓発等のほか、治療や支援に必要な医学的知見に基づいた情報発信を行うため、長野県発達障がい情報・支援センターを全国に先駆けて専門性の高い医療機関に委託しています。
- 2022 年 3 月現在、発達障がい診療を行っている医療機関は 44 病院、31 診療所となっています（精神保健福祉センター調）が、専門医等の不足による初診申込から受診までの長い待ち時間の解消や、小児期から成人期への移行に対する検討が必要です。

(6) 依存症

① アルコール依存症

- 2021 年度に全国でアルコール依存症により精神科を受診した者（外来患者）の数は 10.2 万人、精神病床に入院している者（入院患者）の数は 2.8 万人であり、2017 年の外来患者数 9.1 万人、入院患者数 2.9 万人に対し、外来患者が増加しています（厚生労働省「NDB」）。
- 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については、アルコール依存症治療拠点機関 1 病院、専門医療機関 7 病院を指定しています。県内ではこれらを含めて 18 病院・28 診療所が診療を行っており（医療政策課「2022 年医療機能調査」）、このうち 7 病院では、重度アルコール依存症入院医療管理加算の診療報酬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（2023 年 10 月 1 日関東信越厚生局）。

② 薬物依存症

- 2021 年度に全国で薬物依存症により精神科を受診した者（外来患者）の数は 1.3 万人、精神病床に入院している者（入院患者）の数は 0.3 万人であり、2017 年の外来患者数 1.2 万人、入院患者数 0.3 万人に対し、外来患者が増加しています（厚生労働省「NDB」）。
- 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については、薬物依存症治療拠点機関 1 病院、専門医療機関 2 病院を指定しています。県内ではこれらを含めて、10 病院、18 診療所が診療を行っています（医療政策課「2022 年医療機能調査」）。

③ ギャンブル等依存症

- 2021 年度に全国でギャンブル等依存症により精神科を受診した者（外来患者）の数は 3.6 千人、精神病床に入院している者（入院患者）の数は 0.4 千人であり、2017 年の外来患者数 2.2 千人、入院患者数 0.3 千人から増加しています（厚生労働省「NDB」）。
- ギャンブル等依存症に対する専門的診療を実施している医療機関については、ギャンブル等依存症治療拠点機関 1 病院、専門医療機関 2 病院を指定しています。県内ではこれらを含めて、10 病院、15 診療所が診療を行っています（医療政策課「2022 年医療機能調査」）。
- 依存症は、実際に受診している人の数と依存症が疑われる人の数に乖離（いわゆる治療ギャップ）があるとされ、多くの人が必要な医療・支援につながらない可能性が指摘されています。

- 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、2016年度から依存症の人のグループミーティング等で活用しています。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

- 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」（厚生労働科学研究：研究代表者 小牧元）

- 摂食障害の治療を実施している医療機関は、17病院・30診療所あり、そのうち6病院においては、摂食障害入院医療管理加算の診療報酬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（2023年10月1日関東信越厚生局）。
- 専門的な診療体制の充実と、小児期と成人期、身体科と精神科などの連携体制が課題となっています。

（8）てんかん

- 2020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42.0万人と推計されています（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、31病院・29診療所となっています（医療政策課「2022年医療機能調査」）。
- てんかん患者への高度な医療の提供を行うため「てんかん支援拠点病院」を指定しており、県民講座などによる情報発信にも取り組んでいます。
- てんかん患者ごとに必要な治療につなげるため、「てんかん支援拠点病院」と医療を提供している小児科、精神科、神経内科、脳神経外科などとの連携と専門医療の充実を進める必要があります。

（9）精神科救急

- 夜間・休日に緊急の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、輪番病院および24時間365日対応可能な常時対応型施設により、精神科救急医療体制を、精神医療圏ごとに整備しています。（土曜日夜間・日曜日は、東信圏域と北信圏域を統合して運用）
 - 輪番病院：東信圏域3病院、北信圏域6病院、中信圏域6病院、南信圏域4病院
 - 常時対応型施設：東信圏域1病院、中信圏域1病院、南信圏域1病院。

【表5】 輪番病院による精神科救急診療件数

（単位：件）

年 度	東北信地区	中信地区	南信地区	合 計
2018年	261	317	326	904
2019年	295	312	362	969
2020年	278	340	306	924
2021年	333	337	278	948
2022年	347	404	365	1,116

（保健・疾病対策課調）

- 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、精神障がいのある方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（2022年度）（単位：件）

区分	相談件数	相談者		居住地					相談結果	
		本人等	機関等	東信	中信	南信	北信	その他・不明	受診勧奨	その他
平日夜間	248	243	5	10	94	13	59	72	153	226
休日	158	151	7	11	53	4	51	39	97	180
計	406	394	12	21	147	17	110	111	250	406

（保健・疾病対策課調）

- 措置入院件数は、最近5年間の平均では年間209件となっています。2022年度の235件は全国7位、人口10万対では11.6件で全国1位となっています。
- 緊急の入院が必要となる急激な発症や症状の悪化を防ぐためには、精神障がいのある方への地域における日常的支援について、市町村や支援関係者との連携を充実させる必要があります。

【表7】 措置入院件数（単位：件、位）

区分	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
措置入院件数	212	210	177	211	235
全国順位（多い順）	9	8	9	7	7
人口10万対件数	10.3	10.2	8.6	10.4	11.6
全国順位（多い順）	3	2	6	2	1

（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）

- 医療保護入院件数は、最近5年間の平均では年間2,635件となっています。2022年度の2,542件は全国25位、人口10万対では125.8件で全国32位となっています。

【表8】 医療保護入院患者数（新規）（単位：人、位）

区分	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
医療保護入院件数	2,539	2,610	2,827	2,655	2,542
全国順位（多い順）	26	25	24	24	25
人口10万対件数	123.1	127.4	138.0	130.6	125.8
全国順位（多い順）	35	33	28	35	32

（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）

(10) 身体合併症

- 精神科を標榜する医療機関のうち、精神疾患患者の身体合併症の一部に対応可能な医療機関は16病院、合併症のほとんどに自院で対応可能な医療機関は7病院となっています（医療政策課「2022年医療機能調査」）。
- 精神科を標榜する医療機関のうち、精神科入院患者に対して人工透析治療を実施している医療機関は6病院、歯科治療を実施している医療機関は12病院となっています（医療政策課「2022年医療機能調査」）。
- 精神疾患患者の中で、身体疾患や感染症を合併する患者への、救急対応を含む入院医療提供体制が課題となっています。

(11) 災害精神医療

- 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します。
- 大規模地震災害等において、これまでの心のケアチーム等の派遣状況は表9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-ム数	人数	
2011年	東日本大震災	病院 14	チ-ム 37	人 168	心のケアチ-ム
2014年	御嶽山噴火災害	1	6	21	災害派遣精神医療チ-ム
	神城断層地震災害	1	8	50	心のケアチ-ム
2016年	熊本地震災害	1	1	8	災害派遣精神医療チ-ム
2019年	東日本台風	2	2	26	災害派遣精神医療チ-ム
2020年	新型コロナ集団感染対応	3	3	59	災害派遣精神医療チ-ム

(保健・疾病対策課調)

- 被災地域で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-ム (DPAT) は、2023年3月時点で6病院に8チ-ムが整備されており、災害時の派遣や統括 (指揮命令) 体制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、4病院に155床 (全精神病床数の3.4%) 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、災害時の精神科医療の提供について中心的な役割を担う災害拠点精神科病院の設置と、県内精神科病院の災害時連携体制について検討する必要があります。

(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。

- 医療観察法に基づき、対象となる人が精神障がいのために他害行為などを繰り返すことなく社会復帰ができるよう、保護観察所を中心に、行政、医療、福祉の関係機関等との連携により精神保健福祉サービスを提供しています。2022年12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76件、通院処遇決定63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 (2023年2月1日現在) は、表10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・診療所	17
	補助的な医療機関・訪問看護ステーション	11
	薬局	49

(2023年長野保護観察所調)

4 地域移行・地域生活支援の状況

- 地域移行（精神科病院に入院した精神疾患患者の退院率等）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 ^{※1}	2010年	61.8%	—	88.3%	厚生労働省 精神保健福祉資料
	2013年	61.9%	83.3%	91.3%	
	2016年	60.5%	80.8%	91.4%	
	2019年	68.6%	83.4%	90.9%	
	2020年	67.8%	83.0%	90.1%	
区分・年		患者数			出典
入 院 期 間 1 年 以 上 の 患 者 数 ^{※2}	2010年	2,881 人			厚生労働省 精神保健福祉資料
	2013年	2,537 人			
	2016年	2,355 人			
	2020年	2,344 人			
	2021年	2,337 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

- 長期入院者の地域移行の推進や、強度行動障がいをはじめとする地域生活支援における課題の解決には、障害福祉と医療の連携を強化することが必要です。
- 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および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で開催し、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

- 長野県の自殺者数は 2022 年に 343 人、自殺死亡率[※]は 17.3（厚生労働省「2022 年人口動態統計」）となっており、1 日およそ 1 人が自殺で亡くなっている状況です。

※自殺死亡率：人口 10 万人あたりの自殺者数

- 2023 年度から 2027 年度を計画期間とする第 4 次長野県自殺対策推進計画を策定しています。支援ネットワークの構築、人材育成、普及啓発等の基本施策に加え、長野県の自殺の現状を踏まえ、子ども、働き盛り世代、生活困窮者、自殺未遂者への対策を重点施策として「誰も自殺に追い込まれることのない信州」を目指して取り組んでいます。

医療で取り組む自殺対策について

「誰も自殺に追い込まれることのない信州」を実現するためには、医療、福祉、介護、教育、産業保健など、幅広い分野の関係者が共通の認識を持って、それぞれの必要な役割を果たしていくことが必要です。第4次長野県自殺対策推進計画は長野県の現状を踏まえて2023年3月に策定され、様々な関係者と共に自殺対策に取り組んでいます。

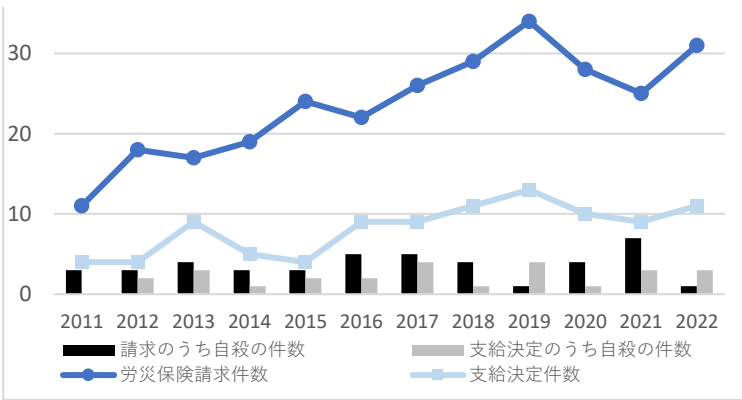
- かかりつけ医が、うつ病など自殺リスクのある人を早期に発見し、必要に応じて精神科医療につなげることが重要となります。県では、医師会と連携してかかりつけ医への研修を実施しています。

また、精神科における初診待ちの長期化を指摘されることが多く、緊急度に応じてスムーズに精神科を受診できる連携体制が課題となっています。

- 過去5年（2017年～2021年）の自殺者の中で、自殺未遂歴のある人は約15%です。未遂者が再び自殺に追い込まれることのないよう、救急での身体の治療後に精神科医療やその他の支援関係者につながるような連携支援体制が必要です。

- 労災保険の申請実績から見ると勤務問題を理由とする自殺者の増加が懸念されます。うつ病やメンタルヘルスに関する正しい理解の普及啓発と共に、職場や産業医の関わりによって、自殺リスクのある人が早期に支援を受けられる環境が求められています。

【精神障がいに係る労災保険の状況】



(長野労働局の統計値から保健・疾病対策課で作成)

- 長野県の子ども（20歳未満）の自殺死亡率は全国と比べて高く、自殺リスクの高い子どもの支援者への支援のため、「子どもの自殺危機対応チーム」を設置しています。

このチームには精神科医療関係者も参画し、医療に基づいた適切な助言を行うとともに、緊急の場合には必要な医療を速やかに提供できる体制を目指しています。

【20歳未満の自殺の状況】

区分	20歳未満の自殺者数(人)					自殺死亡率 (2018~2022)
	2018	2019	2020	2021	2022	
全国	602	653	763	762	783	3.44
長野県	17	13	14	16	14	4.35

(自殺者数：厚生労働省「人口動態統計」/総務省「人口推計」)

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

目指す姿（分野アウトカム）

精神障がい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（精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築）

中間成果（中間アウトカム）

- （1）普及啓発・相談支援
精神障がいや疾患について社会に正しい知識が浸透し、必要な人に必要な支援が届いている
- （2）人権擁護
精神障がいのある方の地域での生活や療養生活において人権が守られている
- （3）地域移行・地域における支援
精神障がいのある方やその家族が疾患に応じた支援を地域で受けられている
- （4）危機介入
必要な人が必要な時に必要な危機介入を受けている
- （5）診療機能
住んでいる地域にかかわらず、必要とする医療が受けられている
- （6）拠点機能
疾患ごとに中核となる病院を中心に専門医療のネットワークが広がっている

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、比較的軽い症状のうちには精神科医療機関を受診せず、入院治療が必要となって初めて受診するという場合が少なくありません。
このため、医療を必要とする方ができるだけ早期に受診し、多様な精神疾患等ごとの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。
- 一方で、地域や疾患によっては、患者の集中による長期の受診待ちが見受けられることから、専門医をはじめとする診療人材の育成について取り組みます。
- 精神科医療を県民に適切かつ効率的に提供していくため、東信、南信、中信、北信の4つの精神医療圏を設定し、圏域内における連携の推進と、必要に応じた他圏域と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"> ・ 医療連携の県拠点 ・ 情報収集発信の県拠点 ・ 人材育成の県拠点 ・ 地域連携拠点機能の支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携会議の運営 ・ 県民・患者への積極的な情報発信 ・ 専門職に対する研修プログラムの提供 ・ 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
地域連携 拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療連携の地域拠点 ・ 情報収集発信の地域拠点 ・ 人材育成の地域拠点 ・ 地域精神科医療提供機能の支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携会議の運営支援 ・ 地域・患者への積極的な情報発信 ・ 多職種による研修の企画・実施 ・ 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
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"> ・ 患者本位の精神科医療の提供 ・ 多職種協働による支援の提供 ・ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ 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な支援

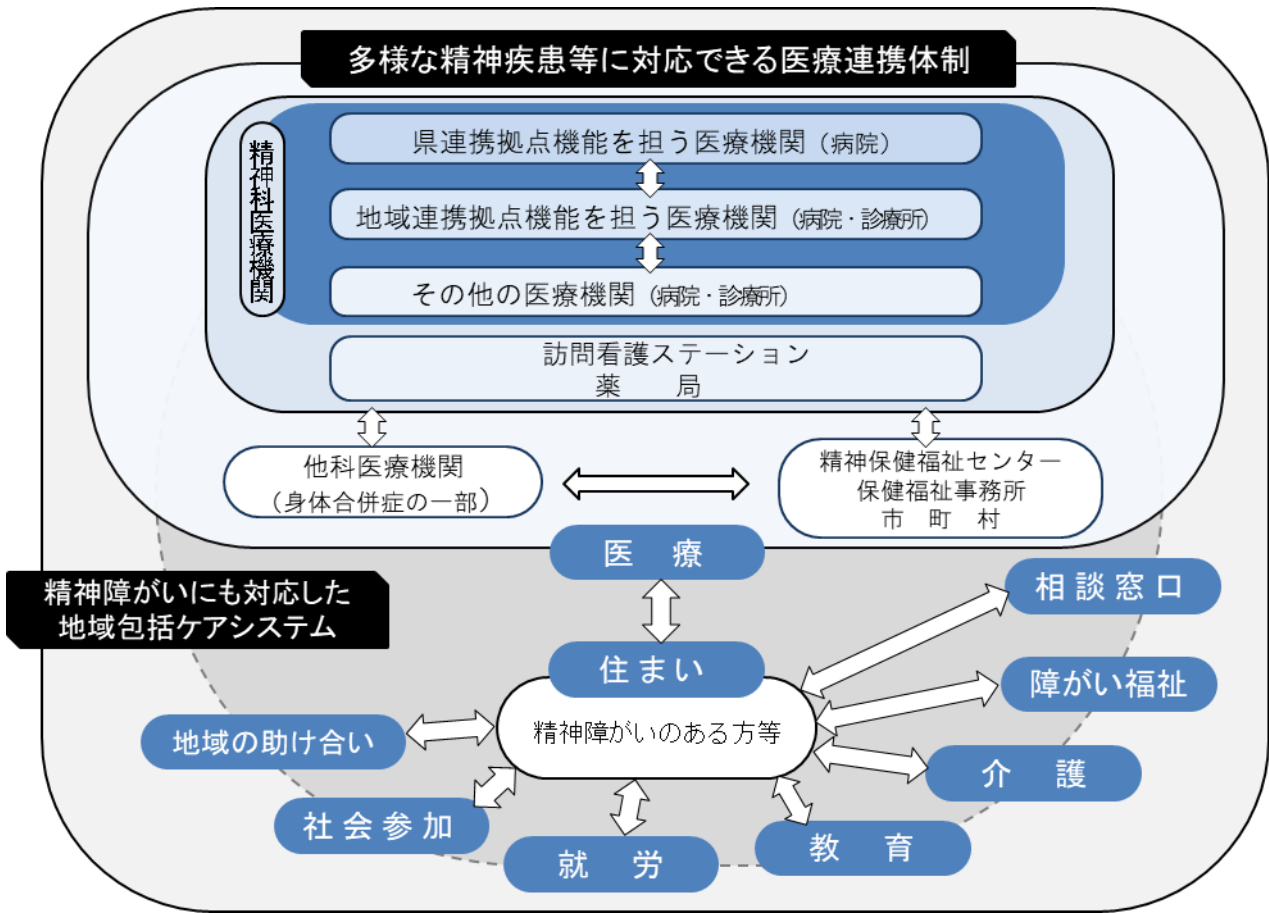
※ 県連携拠点機能、地域連携拠点機能は、患者本位の適切な医療を提供するための医療連携、情報発信、人材育成等の拠点となる機能であり、患者の集約等を目的とするものではありません。

3 二次医療圏相互の連携体制

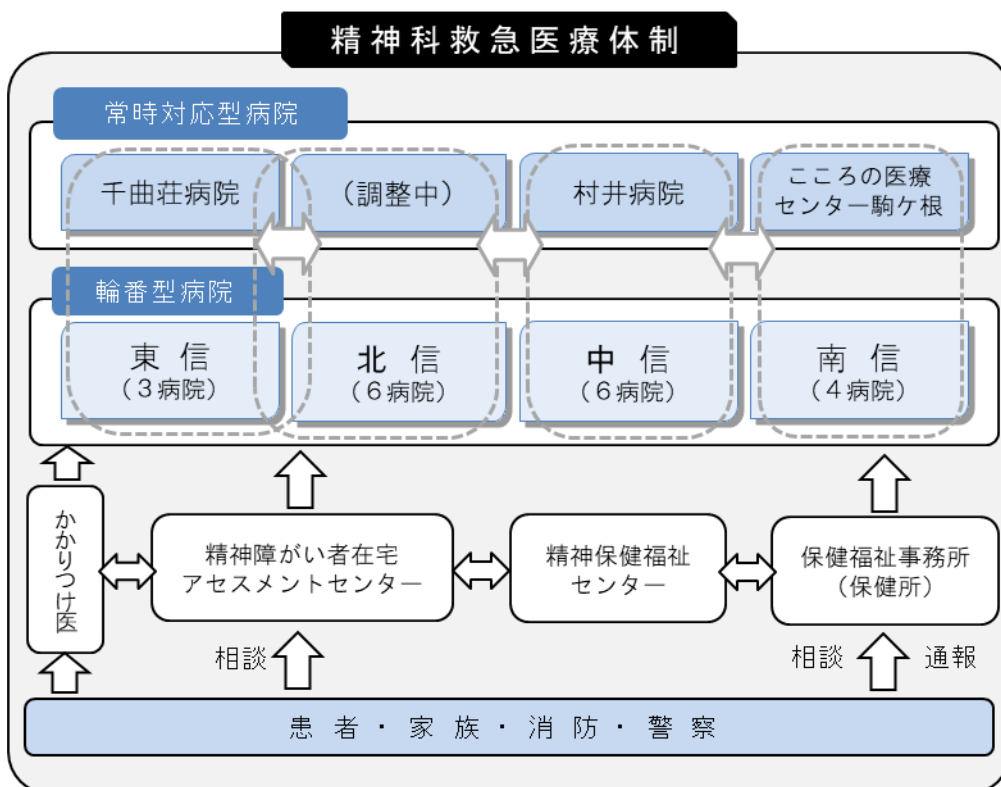
(1) 精神疾患の医療連携体制

- 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制は、図 4 のイメージのとおりです。この体制は、精神障がいのある方が地域で安心して自分らしく暮らしていくための「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の中で、重要な役割を担っています。
- 精神医療圏ごとのあるべき地域精神科医療連携体制については、医療、行政、福祉、教育等の関係者が参加する場における協議により、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、疾患等によっては、4つの精神医療圏の相互連携による専門医療等の提供を推進します。

【図4】 精神疾患の医療体制のイメージ



【図5】 精神科救急医療体制のイメージ



精神科と身体科の医療連携について

社会の高齢化に伴い、精神疾患のある方の年齢も上がり、精神的治療に加えて身体的な治療を必要とする方が増えています。また、ストレスの多い現代社会において、自殺企図者を救命したうえで心身の両面で支えるためにも、精神科と身体科による身体合併症に対応する連携強化は大きな課題といえます。

長野県の精神科病院は精神科単科の病院が多く、精神的治療と身体的治療を同時に行うことができる病院は限られています。一方、一般の救急を受け入れる病院には精神科医がいない病院が多いというのが現状です。

長野県の救急車による搬送件数は1年間で92,259件（2021年：消防庁）、そのうち729件は自損行為^{※1}によるものです。加えて、精神病床に入院中の患者のうち、入院相当の管理が必要な身体合併症を有するのは14%という調査研究^{※2}もあります。

長野県の現状では、身体合併症の患者を、限られた一部の医療機関だけで受け止めることは、数の上でも地理的にも困難であり、患者の症状に応じて精神科医と身体科医が専門領域を活かして協力する体制が求められます。

※1 自損行為…自殺の目的による行為、故意に自分自身に傷害等を加えた事故

※2 「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」（2007年厚労科研）

【想定される協力体制の例】

並列モデル	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急対応可能で精神科を有する、いわゆる総合病院等において、院内の他科連携により精神症状、身体症状の入院治療を行う。 ・ 対応できるのは県内でも限られた病院、病床数であるため、精神・身体症状の両方が一定程度以上の重症の患者に限るなどの整理が必要。 ・ 一方の症状が軽減された場合には、地域その他医療機関への転院などを検討する必要あり。
縦列モデル	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神症状、身体症状のうち、優先すべき症状を評価して入院先を決定する。 ・ 入院先医療機関に不足する専門領域については、病院間連携による診療支援が必要。 ・ 入院治療が優先される症状の変化によって、優先すべき治療が可能な医療機関に転院したうえで、必要な治療を提供。

また、精神科と身体科における医療の専門性は大きく異なることから、医療者が専門以外の患者への対応に不安を抱いていることも、身体合併症への対応を困難にする要因として考えられます。日頃から医療機関同士の専門を超えた連携と相互理解、加えて、精神科、身体科それぞれの医療者が、身体科、精神科の患者への対応力向上に取り組むことが求められます。

なお、身体合併症への対応については、地域の医療資源の状況などが異なることから、救急関係者や精神科医療関係者を含む協議の場を設けて、地域にあった体制について検討していくことが必要です。

第3 施策の展開

1 正しい知識の普及と、相談支援等の推進

- 様々な精神疾患や自殺に関する偏見の解消や正しい知識の普及のため、啓発週間等を通じて全県的に啓発活動を実施します。
- 精神障がいのある方やその家族等からの相談への対応や、不安を抱える方へ寄り添うため、精神保健福祉センターや保健福祉事務所による精神保健福祉相談を実施します。

2 精神障がいのある方の人権擁護

- 精神科入院医療は、疾患の特性から非同意での入院もあることから、法令に基づき人権に配慮した入院処遇が必要とされています。
- 精神障がいのある方の人権に配慮した適切な処遇による入院医療を確保するため、関係団体と連携した普及啓発や法令に基づく入院医療機関への実地指導等に取り組みます。
- 精神障がい者を含む障がい者への虐待に関する通報に対し、事実確認のみにとどまらず、人権に配慮した生活環境の確保に努めます。

3 精神障がいのある方等に対する地域支援の推進

- 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推進するため、医療・福祉等関係者による協議の場の設置を促すとともに、市町村や支援関係者への疾患に対する正しい知識の普及や研修の実施に取り組みます。
- 当事者団体や家族会の支援活動と連携して、精神障がいのある方の地域移行や地域生活支援を推進します。

4 危機介入体制の構築

(1) 精神科救急

- 精神科救急を必要とする人が、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。
- 精神障がいのある方や家族等からの緊急的な精神科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。

(2) 身体合併症

- 心疾患や腎臓病、糖尿病などの慢性疾患を有する精神疾患患者が、それらの疾患についても適切な医療を受けられるよう、身体診療科と精神科との連携を推進します。
- 自殺企図者をはじめとする、精神疾患患者の救急医療提供体制について、患者の状態に応じた役割と連携を定期的な連絡会議等において検討し、一般救急と精神科医療との連携を図ります。

(3) 災害精神医療

- 大規模な自然災害や事故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および訓練を実施します。
- 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。

(4) 自殺対策

- 自殺のリスクの高い子どもに対応する支援者（学校関係者等）に対し、医療関係者を含む「子どもの自殺危機対応チーム」による専門的な支援を実施します。
- かかりつけ医が、うつ病など自殺リスクのある人を早期に発見し、必要に応じて、一般医療機関から精神科医療に速やかにつながることを目指す連携体制を目指します。

5 多様な疾患に対応する診療機能の充実

(1) 統合失調症

- 長期入院精神障がい者の地域移行を推進するため、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の普及を図ります。

(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

- 二次医療圏ごとに設置している認知症疾患医療センターを中心に、認知症の専門医療の提供と市町村等と連携した包括的な地域の支援体制の充実を図ります。
- 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。
- 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。

(4) 児童・思春期精神疾患

- 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

- 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、二次医療圏ごとに医療機関の連携を強化します。
- 小児期から成人期への移行、成人の発達障がいに対応する医療機関の充実を図ります。

(6) 依存症

- 長野県依存症対策推進計画に基づき、一次予防（発生予防）、二次予防（進行予防）、三次予防（回復支援・再発予防）の視点から、総合的な依存症対策を推進します。
- 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。
- 依存症ごとに、専門治療の中核的な役割を果たす治療拠点機関と精神医療圏ごとに設置する専門医療機関を選定します。
- 身近な地域で、自助グループと連携した専門治療プログラムが受けられる体制を整備します。
- 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。

（関連計画：「依存症対策推進計画」は、「第9編第6節 依存症対策」に記載しています。）

6 中核となる病院の拠点機能の充実

(1) 認知症

- 各二次医療圏に設置した認知症疾患医療センターが、鑑別診断をはじめとする認知症専門医療を提供するとともに地域における認知症医療提供体制の中核となって、かかりつけ医や認知症初期集中支援チーム等との連携をはじめとした切れ目のない支援体制の充実を図ります。

(2) 児童・思春期精神疾患

- 増加する児童・思春期、青年期の精神疾患に対応するための中核的な役割を担う「子どものこころ総合医療センター（仮称）」の設置検討を進め、医療体制の拡充を図ります。
- （関連計画：長野県子ども・若者支援総合計画）

(3) 発達障がい

- 子どもの心診療ネットワーク中核病院を中心に発達障がい診療に関する課題を検討するとともに、二次医療圏ごとの発達障がい診療と支援ネットワークの充実を支援します。

(4) 依存症

- 依存症対策において中核的な役割を果たす依存症治療拠点機関と各精神医療圏の依存症専門医療機関が連携し、依存症患者等が適切な医療を受けられる医療提供体制の構築を図ります。

(5) 災害精神医療

- 支援活動拠点における中心的な役割および発災時の急性期精神科医療を担うDPAT先遣隊の技術の向上を図るとともに、先遣隊の追加について検討します。

「にも包括」について

「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」とは、「入院医療中心から地域生活中心」という理念に基づき、精神障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが安心して、それぞれの地域で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地域の体制のことを指しています。

高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるため包括的にサービスを提供する仕組みである「地域包括ケアシステム」の取組が先行して進んでいることから、「精神障がいにも対応した・・・」という枕詞が付けられ、「にも包括」と略されることもあります。

先行する「地域包括ケアシステム」の対象区域が日常生活圏域（中学校の学区単位）であるのに対し、県内の精神疾患に対応する医療・福祉の資源は限られることもあって、市町村単位、二次医療圏（障害保健福祉圏域）単位の取組となることも多く、広域的なエリアの中で、いかに関係者間の連携をスムーズに行うかが、この体制を実現するためのポイントと考えられます。

精神障がいのある方が、精神障がいへの理解の進んだ社会の中で、それぞれの地域に住み、通院を中心とした必要な医療を受けるとともに、必要な福祉・介護サービスによる支援を受けながら、就労など地域とのかかわりを持って暮らすことができることを目指していきます。

行政・保健・医療・福祉等の関係者には、個別の支援ケースへの対応を通じて顔の見える関係づくりをすすめるとともに、ケースの困りごとを解決するための検討を繰り返し、協議の場を通じて地域の課題として共有するなど、それぞれの専門領域でカバーしあう重層的な連携支援体制への参加が求められています。

全ての人の人権が尊重される共生社会を実現する大きな一歩として、「にも包括」の取組が、県内のすべての地域で推進されることが必要です。

第4 数値目標

(分野アウトカム)

精神障がい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ている。

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	精神病床における退院率	3ヶ月時点	68.6% (2019)	68.9% (2026)	障害福祉計画 基本指針	NDB レセプト データ
P		6ヶ月時点	83.4% (2019)	84.5% (2026)	障害福祉計画 基本指針	NDB レセプト データ
P		12ヶ月時点	90.9% (2019)	91.0% (2026)	障害福祉計画 基本指針	NDB レセプト データ
P	入院期間が1年以上の長期入院患者数	65歳以上	1,303人 (2022)	1,190人 (2026)	障害福祉計画 基本指針	厚生労働省 「ReMHRAD」
P		65歳未満	802人 (2022)	737人 (2026)	障害福祉計画 基本指針	厚生労働省 「ReMHRAD」
P	精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数 (地域平均生活日数)		325.3日 (2020)	325.3日以上 (2026)	障害福祉計画 基本指針	厚生労働省 「ReMHRAD」
O	長野県の自殺死亡率 (人口10万人あたり)		17.3人 (2022)	12.2人 (2027)	長野県自殺対策推進計画	厚生労働省 人口動態調査

(1) 正しい知識の普及と、相談支援等の推進

区分	指標		現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	精神保健福祉に関する相談支援件数	県全体	48,141件 (2021)	48,141件以上	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調
		精神保健福祉センター	9,395件 (2021)	9,395件以上		厚生労働省 「衛生行政報告例」
		保健福祉事務所	9,136件 (2021)	9,136件以上		厚生労働省 「地域保健・健康増進事業報告」
		市町村	29,680件 (2021)	29,680件以上		厚生労働省 「地域保健・健康増進事業報告」
S	自殺対策の啓発週間・月間に参加する市町村数		28市町村 (2022)	77市町村	全市町村の実施を目指す	保健・疾病対策課調
S	精神保健福祉センターによる市町村への教育研修の実施数		23回 (2022)	23回以上	現状以上を目指す	厚生労働省 「衛生行政報告例」

(2) 精神障がいのある方の人権擁護

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	ピアサポーター等の病院訪問を受け入れる病院数 (地域移行支援事業)	1 (2022)	8以上	新型コロナ以前以上に拡大	保健・疾病対策課調
P	ピアサポーター等の病院訪問を受け入れる病院数 (入院者訪問支援事業)	—	8以上	既存の病院訪問事業以上	保健・疾病対策課調

(3) 精神障がいのある方等に対する地域支援の推進

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	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数	市町村ごと	36市町村 (2021)	77市町村	全市町村の実施を目指す	保健・疾病対策課調
S		二次医療圏 (障害保健福祉圏域)ごと	9圏域 (2021)	10圏域	全二次医療圏への設置を目指す	保健・疾病対策課調
S		県域	1 (2021)	1	現状を維持	保健・疾病対策課調
P	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数 (人口10万人あたり)	長野県 119.9人 全国 123.7人 (2021)	123.7人以上	全国平均以上を目指す	厚生労働省「ReMHRAD」	
P	措置入院者等への退院後継続支援実施件数	13件 (2022)	22件以上	新型コロナ流行前以上を目指す	保健・疾病対策課調	
P	令和6年度以降で精神科措置入院退院支援加算を算定した(退院後継続支援を実施した)病院数	—	24病院	措置入院を受け入れる病院数	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」	
P	精神障がい者の就職件数	1,406件 (2022)	1,407件以上	現状以上を目指す	長野労働局「障害者の職業紹介状況」	
S	居住支援協議会を設立した市町村の人口カバー率	0.2% (2020)	40% (2030)	長野県住生活基本計画	長野県建設部調	

(4) 危機介入体制の構築

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	常時対応型施設を有する精神医療圏の数	3圏域	4圏域	各精神医療圏に1	保健・疾病対策課調
S	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定する医療機関数	5病院 (2020)	5病院	現状以上を目指す	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	災害派遣精神医療チームに係る協定を結ぶ病院数および先遣隊の登録数	6病院 (先遣隊1)	6病院 (先遣隊1)	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調
P	精神医療関係者が参加する救急医療関係者会議を実施する圏域数	—	10圏域	全二次医療圏での実施を目指す	保健・疾病対策課調

(5) 多様な疾患に対応する診療機能の充実

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)		
S	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	うつ病に関する研修・医療連携会議等を開催する地域数	1地域 (2022)	10地域	全二次医療圏での実施を目指す	保健・疾病対策課調		
S	認知症疾患医療センター連携会議の開催数	1回	1回	現状を維持する	介護支援課調		
S	児童思春期精神病床数	49床	49床以上	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調		
S	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	9圏域	10圏域	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調		
S	依存症専門医療機関の数	アルコール	7病院	7病院以上	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調	
S		薬物	2病院	4病院以上			精神医療圏に1病院以上
S		ギャンブル等	2病院	4病院以上			精神医療圏に1病院以上
S	摂食障害入院医療体制加算（精神・一般）を算定する病院数	6病院	6病院以上	現状以上を目指す	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」		

(6) 中核となる病院の拠点機能の充実

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	認知症疾患医療センターによる鑑別診断数	2,965件 (2022)	2,965件以上	現状以上を目指す	介護支援課調
S	発達障がい診療にかかる専門家を派遣した件数	10件 (2022)	10件以上	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	依存症専門医療機関連携会議の開催数	0回	1回以上	年1回以上	保健・疾病対策課調

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6 ロジックモデル

番号	個別施策（アウトプット）	番号	中間成果（中間アウトカム）	番号	目指す姿（分野アウトカム）
普及啓発・相談支援	1 啓発週間等を通じた、広く県民に向けた精神保健に関する知識の普及啓発 指標 ・ 自殺対策の啓発週間・月間に参加する市町村数	1 社会に正しい知識が浸透し、必要な人に必要な支援が届いている 指標 ・ 県、市町村が実施した相談支援件数 ・ 自殺、精神疾患等の啓発週間に参加する市町村数	1 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	1 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 指標 ・ 精神病床における入院後3・6・12ヶ月時点の退院率 ・ 精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数） ・ 長期入院患者の数（65歳以上、65歳未満） ・ 長野県の自殺死亡率	
	2 精神保健福祉センター、保健福祉事務所における精神保健福祉相談の実施				
	3 市町村による精神保健福祉相談支援の充実 指標 ・ 精神保健福祉センターによる市町村への教育研修実施数				
人権	3 入院患者訪問支援事業による患者訪問 指標 ・ 入院者訪問支援事業を受け入れる病院数	2 精神障がいのある方の地域での生活や療養生活において人権が守られている 指標 ・ ピアサポーターの病院訪問を受け入れる病院数（地域移行支援、入院者訪問支援事業）	2 精神障がいのある方やその家族が疾患に応じた支援を地域で受けられている 指標 ・ 保健、医療、福祉関係者による協議の場の設置数 ・ 精神科訪問看護・指導料又精神科訪問看護指示料を算定した患者数 ・ 精神障がいの者の就職件数 ・ 居住支援協議会による人口カバー率 ・ 措置入院患者等への退院後継続支援実施件数		
	地域における支援			1 協議の場の設置による地域における支援体制の充実 2 市町村、支援者への研修の実施及び助言 3 精神障がいのある方への医療費助成による支援 4 措置入院患者等への退院後継続支援 指標 ・ 令和6年以降で精神科措置入院退院支援加算を算定した（退院後継続支援を実施した）病院数	
危機介入	1 精神科救急体制の充実 指標 ・ 常時対応型施設を有する精神医療圏の数	4 必要な人が必要な時に必要な危機介入を受けている 指標 ・ 精神医療関係者が参加する救急医療関係者会議を実施する圏域数 ・ 救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定する医療機関数 ・ DPATに係る協定を結ぶ病院数および先遣隊の数（再掲）	5 住んでいる地域にかかわらず、必要とする医療が受けられている		
	2 身体合併症に対応する圏域ごとの関係者会議の開催				
	3 自殺企図者への対応力の向上				
	4 こどもの自殺危機対応チームによる困難事例への介入				
	5 DPATの体制および対応力の向上 指標 ・ DPATに係る協定を結ぶ病院数および先遣隊の数				
診療機能	1 (統合失調症) 難治性への専門医療の普及と地域移行の促進 指標 ・ 治療抵抗性統合失調症治療薬を使用する医療機関数	6 疾患ごとに中核となる病院を中心に専門医療のネットワークが広がっている			
	2 (うつ病) 精神科とその他の医療機関の連携 指標 ・ うつ病研修・医療連携会議を実施する地域数				
	3 (認知症) 認知症疾患医療センターの圏域ごとの設置と専門医療の均てん化 指標 ・ 認知症疾患医療センター連携会議の開催数				
	4 (児童思春期) 医療体制の充実と医療関係者の対応力の向上を図る 指標 ・ 児童思春期精神科病床数				
	5 (発達障がい) 発達障がい診療地域連絡会によるネットワークづくり 指標 ・ 発達障がい診療地域連絡会を開催する地域数				
	6 (依存症) 依存症専門治療プログラムの推進 指標 ・ 依存症専門医療機関の数				
	7 (摂食障害) 専門医療の充実と身体科と精神科の連携促進 指標 ・ 摂食障害入院医療体制加算（精神・一般）を算定する病院数				
	8 (てんかん) てんかん支援拠点病院を中心とした医療連携の推進				
拠点機能	1 (認知症) 認知症疾患医療センターの専門医療充実と地域支援ネットワークの構築 指標 ・ 認知症疾患医療センターの認知症鑑別診断件数	6 疾患ごとに中核となる病院を中心に専門医療のネットワークが広がっている			
	2 (児童思春期) こどものこころ総合医療センターの設置検討				
	3 (発達障がい) 子どもの心診療ネットワーク病院による地域の診療ネットワーク支援 指標 ・ 発達障がい診療にかかる専門家を派遣した件数				
	4 (依存症) 専門医療機関の指定促進と専門医療の均てん化 指標 ・ 依存症専門医療機関連携会議の開催数				
	5 (災害精神医療) DPAT先遣隊の拡大と災害拠点精神科病院の検討				

第6節 依存症対策（長野県依存症対策推進計画）

依存症は、アルコールや薬物、ギャンブル等^{※1}の特定の物質や行為を「やめたくても、やめられない」状態になり、本人の心身の健康状態の悪化や社会生活等への支障が生じるだけでなく、家族等へも影響を及ぼします。

本人の意思や性格の問題と誤解されることもありますが、誰もがなる可能性のある病気です。依存症になったとしても、適切な治療や支援により回復が可能ですが、本人や家族等が依存症と認識しにくい特性に加え、誤った知識による偏見等から、治療や相談、回復支援につながりにくい現状があります。

依存は、嗜癖、アディクションと呼ばれ、アルコールや薬物等の物質に依存する「物質依存」、ギャンブル、ゲーム、買い物等の特定の行為に依存する「プロセス依存（行動嗜癖）」、人間関係に依存する「関係依存」があり、共通した疾病としての構造や特性があります。そして、これらは複数の依存を併発するクロスアディクション（多重嗜癖）の問題を生じることもあります。さらに、多重債務、貧困、DV、虐待、自殺、犯罪、ヤングケアラー等の重大な問題への関連性が高いことから、依存症や依存症が疑われる人及びその家族等を適切に支援する体制を整備する必要があります。

こうした問題に対応するため、2014年6月に「アルコール健康障害^{※2}対策基本法」、2018年10月に「ギャンブル等依存症対策基本法」が施行されました。本県においても、2017年3月に「長野県アルコール健康障害対策推進計画」を策定し、依存症対策を推進してきたところです。

今回の計画改訂では、薬物、ギャンブル等、ネット・ゲームへの依存等に関する対策を計画に加え、依存症対策を体系的に推進するために一体的な計画としました。依存症対策のさらなる充実のため、アルコール健康障害・各種依存症に係る対策を包括的に推進し、県民が依存症で悩み苦しむことなく、健全に安心して暮らすことができる社会の実現を目指します。

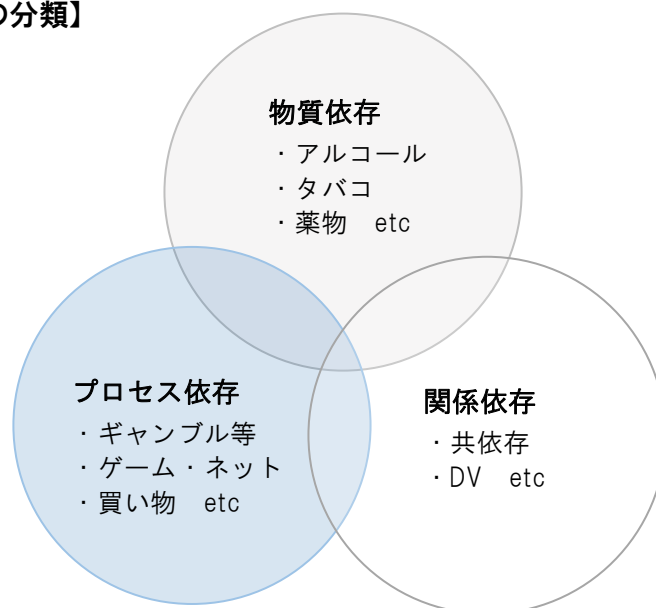
○ 計画の位置づけ

本計画は、アルコール健康障害対策基本法第14条第1項に規定される「都道府県アルコール健康障害対策推進計画」、ギャンブル等依存症対策基本法第13条第1項に規定される「都道府県ギャンブル等依存症対策推進計画」として策定しています。

※1 法律の定めるところにより行われる公営競技（競馬、競輪、オートレース、モーターボート競技）、ぱちんこ屋に係る遊技その他の射幸行為をいう。（基本法第2条）

※2 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）

【依存症の分類】



第1 現状と課題

1 依存症患者の現状

(1) アルコール依存症

- 2021年度に全国でアルコール依存症により精神科を受診した者(外来患者)の数は10.2万人、精神病床に入院している者(入院患者)の数は2.8万人であり、2017年の外来患者数9.1万人、入院患者数2.9万人に対し、外来患者が増加しています(厚生労働省「NDB」)。

(2) ギャンブル等依存症

- 2021年度に全国でギャンブル等依存症により精神科を受診した者(外来患者)の数は3.6千人、精神病床に入院している者(入院患者)の数は0.4千人であり、2017年の外来患者数2.2千人、入院患者数0.3千人から増加しています(厚生労働省「NDB」)。

(3) 薬物依存症

- 2021年度に全国で薬物依存症により精神科を受診した者(外来患者)の数は1.3万人、精神病床に入院している者(入院患者)の数は0.3万人であり、2017年の外来患者数1.2万人、入院患者数0.3万人に対し、外来患者が増加しています(厚生労働省「NDB」)。
- 上記の統計は、実際に医療機関を受診した患者数です。依存症が疑われる潜在的な患者の推計数と実際の受診者数の間には乖離(いわゆる治療ギャップ)があり、多くの方が医療・支援を必要としながらも、適切な支援につながっていない可能性が指摘されています。

2 それぞれの依存症に共通する現状と課題

(1) 正しい知識の普及啓発

- 依存症対策全国センター(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)の調査研究*によると、身体疾患に比べて、依存症は本人の責任と思われる割合が高いことがわかっています(がんでは3.6%であるのに対し、ギャンブル等依存症では72.6%、アルコール依存症では60.7%)。社会における依存症に関する誤解や偏見の解消が課題となっています。
※(出典)松下幸生, 新田千枝, 遠山朋海: 令和2年度 依存症に関する調査研究事業「ギャンブル障害およびギャンブル関連問題の実態調査」, 2021年
- 依存症の問題は、子どもから高齢者まで誰もが直面する可能性があります。依存症になる原因やきっかけには様々なものが考えられ、その中には、就学、結婚や離婚、転職・離職・退職、親しい人の逝去等の出来事や、引っ越し・災害等による環境の変化等があります。幅広い年齢層に対して、適切な知識の普及啓発が必要です。

(2) 本人・家族等へのサポート

- 依存症者は、本人を取り巻く環境や心身の疾患・障がい等による生きづらさを抱えていることがあるため、本人が気持ちを打ち明けても非難や叱責等を受けず、受け止めてもらえる場が必要です。
- 家族の中には、依存症者本人からの暴言や暴力、妄想などの対象になり、苦しんでいる人がいます。また、世間体や違法性などから周囲に支援を求めることが難しい家族もいます。
- 依存症は、家族が本人の状態に気づいたことがきっかけで相談や治療等につながる 경우가少なくありません。

(3) 自助グループ^{※1}や回復支援施設^{※2}

- 本人や家族が自助グループ等のミーティング^{※3}に参加し、グループメンバーと体験談、想い、情報、知識等を分かち合うことで、気づきや癒し、問題解決へのヒントなどが得られることがあります。
- その意味で自助グループや回復支援施設等の民間支援団体は、依存症からの回復において重要な役割を担っていますが、社会的な認知度は十分とは言えないため、活動内容等について社会全体に周知し、アクセスしやすくするための取組が必要です。
- 民間支援団体の多くは運営資金を会費で賄っており、資金不足等が課題になることがあります。
※1 同じ問題や悩みを抱える本人や家族らが自発的に集まり、多くの仲間と出会い、交流し、助け合う場

- 所を提供している団体のこと
- ※2 本人や家族からの依存症に関する相談を受けたり、通所や入所による居場所の提供や回復のための活動をしているリハビリ施設のこと
- ※3 参加者の語り合いのこと

(4) 依存症に関連する問題

- 依存症に起因して生じる問題として、健康問題だけでなく、経済的問題、家庭問題、社会的問題等が懸念されます。また、多重債務やDV、虐待、ヤングケアラー等の問題につながる事例も少なくないことから、2次的に生じる様々な問題への包括的な支援が必要です。
- 差別や偏見、職場の理解不足等から、適切な治療に結び付かない場合や、就労の継続や職場復帰が困難な人がいます。周囲への正しい理解を広めるとともに、依存症の治療と回復に配慮のある職場環境が求められます。
- 医療機関や回復支援施設から地域生活に移行するには、住まい等の生活基盤を確保する必要がありますが、偏見などにより住まいの確保が難航する事例が見受けられます。住宅確保要配慮者への居住支援の充実が求められます。

(5) 回復及び再発予防のための支援

- 依存症者の中には、想定していた回復イメージとの違いから、治療や民間支援団体等の利用を中断してしまう事例があります。
- 依存症からの回復過程では、スリップ(再飲酒、再ギャンブル、薬物再使用)を度々起こすことがあるため、相談から回復までの途切れない支援が必要です。
- 依存症者の中には、精神的・身体的疾患やクロスアディクションを合併している人もいるため、単独の医療機関や支援機関、民間支援団体等だけでは対応が難しい場合があります。
- 依存症者の背景には、成育歴、家族関係、障がいの有無など様々な状況があります。疾患の治療だけでなく、そうした状況をよりよい方向に変化させるための支援が必要です。

(6) 依存症専門医療体制

- 依存症治療に対応できる精神科の病院や診療所は、必ずしも十分な数が確保されているとは言えません。身近な地域で依存症の専門治療が受けられる医療体制の構築を進める必要があります。

【表1】長野県の依存症専門医療体制の現状（2023年12月現在）

	アルコール健康障害	薬物依存症	ギャンブル等依存症
依存症治療拠点機関	1病院	1病院	1病院
依存症専門医療機関	7病院	2病院	2病院

※国の基準に基づき、依存症専門治療等を実施する病院を長野県知事が選定

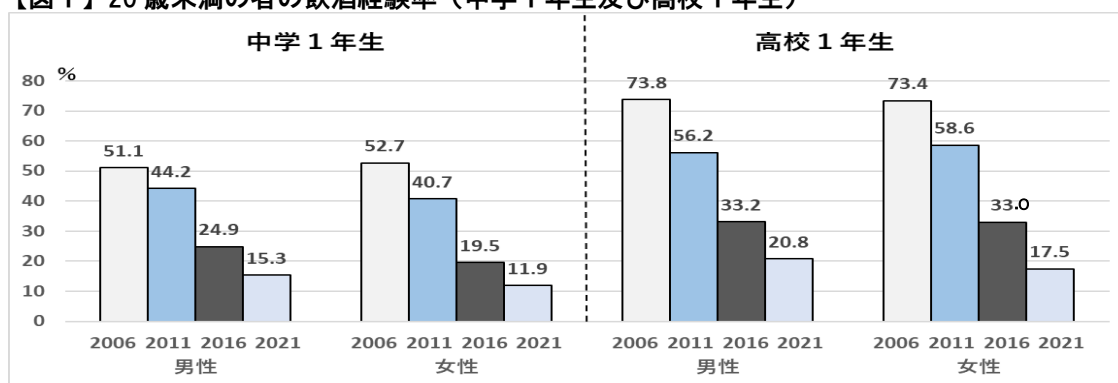
3 個別の現状と課題

(1) アルコール健康障害

ア 20歳未満の者の飲酒

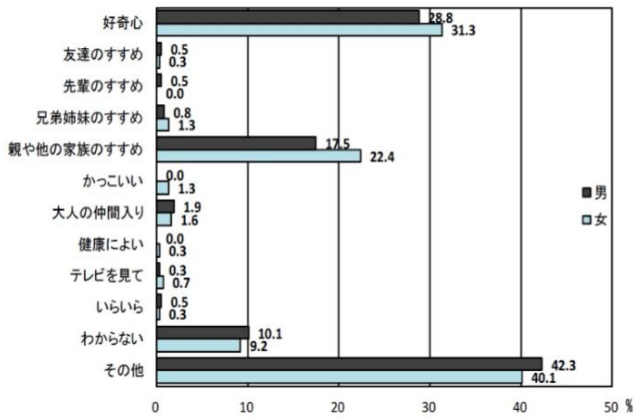
- 20歳未満の者による飲酒は、脳の萎縮や第2次性徴の遅れ、急性アルコール中毒の危険性、アルコール依存症のリスクの高まりなど心身の発育への影響が指摘されています。

【図1】20歳未満の者の飲酒経験率（中学1年生及び高校1年生）

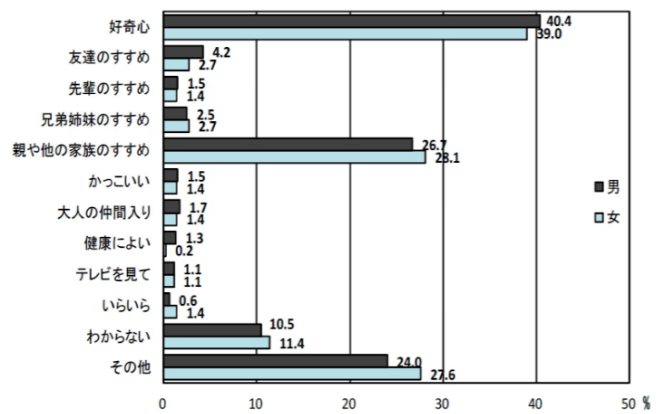


（長野県健康増進課「未成年者の喫煙・飲酒状況調査」）

【図2】 初めてお酒を飲んだきっかけ(中学1年生)(複数回答)



【図3】 初めてお酒を飲んだきっかけ(高校1年生)(複数回答)

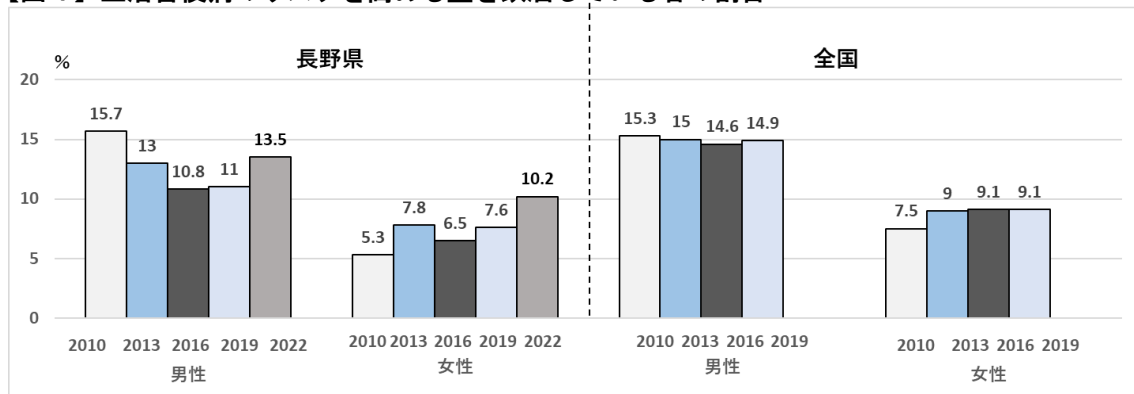


(長野県健康増進課「令和3年度 未成年者の喫煙・飲酒状況等調査」)

- 2021年度の20歳未満の者の飲酒経験者(一度でも飲酒をしたことがある者)の割合は、2016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10ポイント前後の減少がみられるもののゼロではありません。(図1)
- 初めて飲酒したきっかけは、「好奇心で」や「親やその他の家族のすすめ」の割合が高くなっています。20歳未満の者の飲酒のリスクについて、家庭への一層の啓発が必要と考えられます。(図2、3)

イ 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒

【図4】 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



(長野県健康増進課「県民健康・栄養調査」、厚生労働省「国民健康・栄養調査」)

- 「県民健康・栄養調査(長野県)」によると、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、男女ともに全国の値を下回っているものの、近年増加傾向にあります。(図4)
^{*} 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))
- 長期にわたり大量の飲酒をしている人は、肝障害、膵炎、胃腸障害、糖尿病、高血圧、心疾患、がん、依存症、睡眠障害、うつ病など心身の健康障害の発生リスクが増大します。

【参考】 純アルコール20gの目安

酒の種類(基準%)	純アルコール20gのおおよその目安
ビール・発泡酒(5%)	中瓶またはロング缶1本(500ml)
チューハイ(7%)	1缶(350ml)
焼酎(25%)	0.5合強(100ml)
日本酒(15%)	1合弱(180ml)
ウイスキー・ジンなど(40%)	ダブル1杯(60ml)
ワイン(12%)	ワイングラス2杯弱(200ml)

アルコール量は、「グラム(g) = お酒の量(ml) × [アルコール度数(%) ÷ 100] × 0.8」で数値化できます。

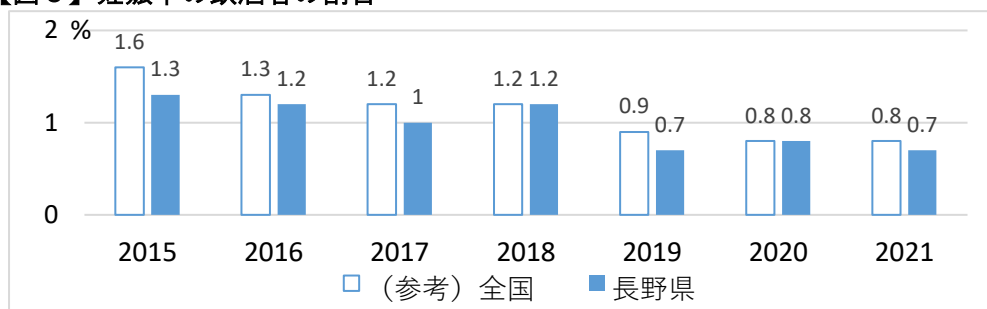
ウ 高齢者の飲酒

- 2018年度の依存症対策全国センターの集計によると、依存症専門医療機関における60歳以上のアルコール依存症新規受診者は30%を超えており、増加傾向にあります。
- 高齢者は若い時と比べて、体内の水分量の減少等で同じ量のアルコールでも酔いやすくなり、飲酒量が一定量を超えると認知症の発症リスクが高まる可能性があります。併せて、飲酒による転倒・骨折リスクが高まります。

エ 女性の飲酒

- 女性は、男性と比べて分解できるアルコールの量が少なく、また、女性ホルモンの一種であるエストロゲン等のはたらきにより、飲酒の影響を受けやすくなります。
- 女性は男性よりも、少ない飲酒量で生活習慣病になりやすく、短期間の飲酒でアルコール依存症を発症する傾向があります。また、飲酒により骨粗鬆症や乳がん等の疾患リスクが増大します。
- 妊娠中の飲酒により胎児性アルコール症候群（FAS）※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は減少しているもののゼロではありません（図5）。また、授乳中の飲酒によりアルコールが母乳に入り、乳児の発達を阻害することがわかっています。
※ 妊娠中の飲酒は、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ます（出典：厚生労働省 e-ヘルスネット）

【図5】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）

オ 飲酒運転

- 重大事故に直結する飲酒運転がいまだに後を絶ちません。運転免許取消処分者講習受講者を対象とした複数の調査※では、飲酒運転で検挙された者のうち3割程度の者にアルコール依存症の疑いがあったことが報告されています。
※ 飲酒と運転に関する調査結果報告書（（独）国立病院機構久里浜医療センター、神奈川県警察、2008）等
- 本県の人身事故件数のうち飲酒を伴う事故件数の占める割合は、2012年以降ほぼ横ばいとなっています。一方で、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増加傾向にあります。（表2）

【表2】事故件数における飲酒運転の割合

（単位：件）

年	2012	2014	2016	2018	2020	2022
人身事故	10,403	9,286	8,301	7,251	4,802	4,752
うち飲酒あり	94(0.90%)	104(1.12%)	106(1.28%)	73(1.01%)	63(1.31%)	47(0.99%)
死亡事故	96	81	106	64	46	46
うち飲酒あり	5(5.21%)	4(4.94%)	4(3.77%)	5(7.81%)	4(8.70%)	5(10.87%)

（長野県警察本部資料より作成）

カ アルコールによる健康障害

- 長期間にわたり多量に飲酒をすることで、アルコール依存症、生活習慣病、肝疾患、がん等の身体疾患の発症のリスクが高まるなど、アルコールの影響は全身に及びます。
- WHO（世界保健機関）によれば、飲酒は口腔、咽頭、喉頭、食道、肝臓、大腸、女性の乳房のがんの原因になるとされています。
- 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。本県のアルコール性肝疾患の死亡者数は増減を繰り返している状況です。また、全

国においては増加傾向となっています（表3）

【アルコールを原因とする身体疾患】

(肝臓) アルコール性肝炎・肝硬変など	(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、不整脈
(運動器) 大腿骨骨頭壊死、アルコール性ミオパチーなど	

【表3】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
2005	241人	73人(30.3%)	16,430人	3,928(23.9%)
2010	255人	71人(27.8%)	16,219人	4,470(27.6%)
2015	247人	93人(37.7%)	15,659人	4,710(30.0%)
2020	233人	78人(33.4%)	17,688人	5,950(33.6%)

(厚生労働省「人口動態統計」)

(2) ギャンブル等依存症

○ 調査研究※によると、経験したギャンブル等の経験・種類の現状は（表4）のとおりです。

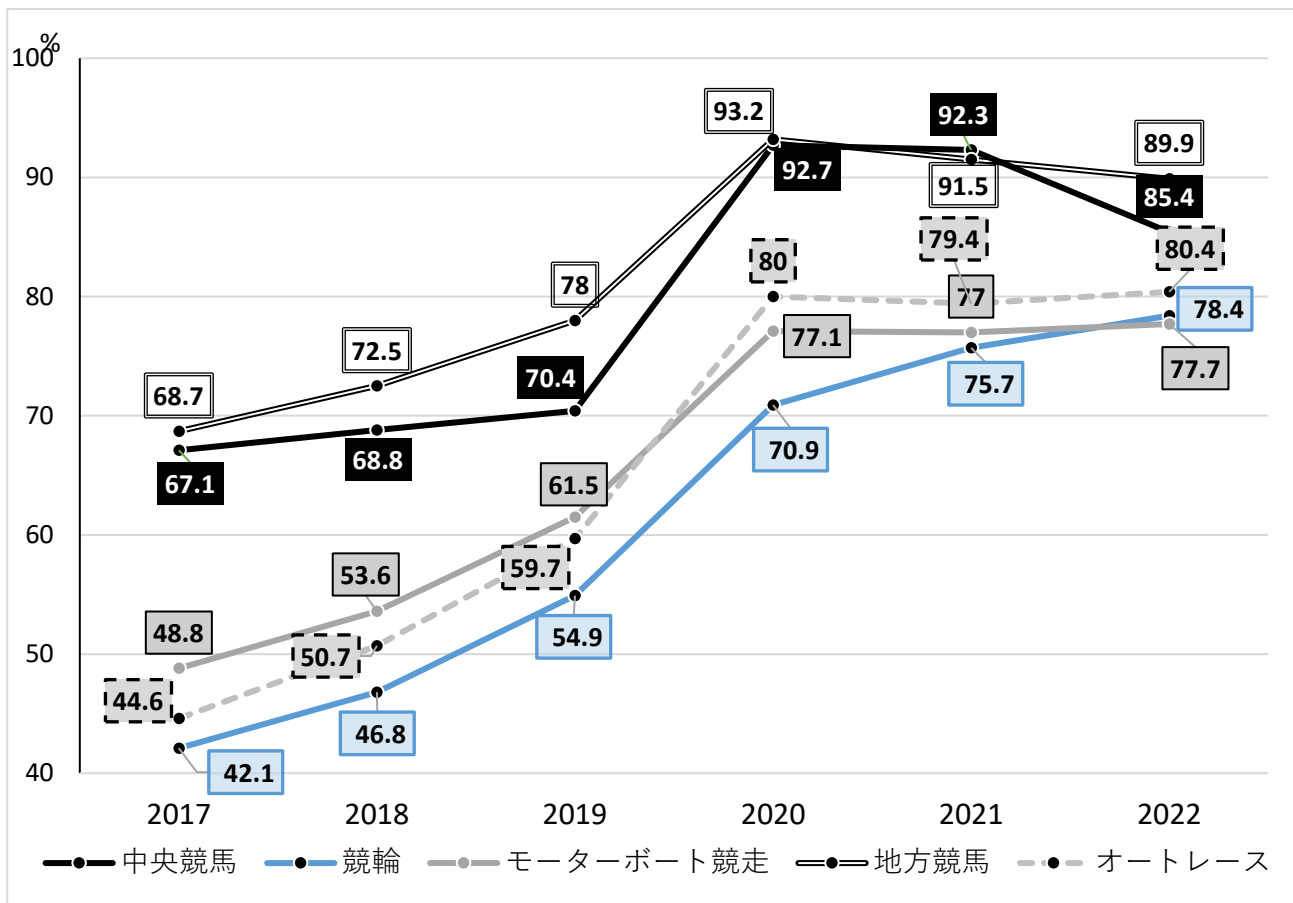
【表4】経験したことのあるギャンブルの種類（生涯と過去1年間）（単位：人数（%））

ギャンブルの種類	各種ギャンブルの生涯における経験と過去1年間の経験の有無			
	生涯経験あり	過去1年間の経験（生涯経験ある者における割合）		
		経験あり	経験なし	無回答
宝くじ (ロト・ナンバーズ等も含む)	5,168(63.7%)	1,887(36.5%)	3,098(59.9%)	183(3.5%)
パチンコ	4,080(50.3%)	669(16.4%)	3,296(80.8%)	115(2.8%)
競馬	2,385(29.4%)	406(17.0%)	1,896(79.5%)	83(3.5%)
パチスロ	1,845(22.7%)	433(23.5%)	1,365(74.0%)	47(2.5%)
サッカーくじ	805(9.9%)	270(33.5%)	517(64.2%)	18(2.2%)
証券の信用取引、先物取引 市場への投資、FX	661(8.1%)	276(41.8%)	351(53.1%)	34(5.1%)
競艇	632(7.8%)	91(14.4%)	513(81.2%)	28(4.4%)
海外のカジノ	588(7.2%)	20(3.4%)	554(94.2%)	14(2.4%)
競輪	444(5.5%)	40(9.0%)	374(84.2%)	30(6.8%)
オートレース	192(2.4%)	18(9.4%)	156(81.3%)	18(4.4%)
インターネットを使ったギャンブル (競馬、競輪等を除く)	189(2.3%)	93(49.2%)	83(43.9%)	13(6.9%)
その他のギャンブル	60(0.7%)	17(28.3%)	34(56.7%)	9(15.0%)
上記のいずれもしたことはない	1,984(24.5%)			

※松下幸生、新田千枝、遠山朋海：令和2年度 依存症に関する調査研究事業「ギャンブル障害およびギャンブル関連問題の実態調査」，2021年

○ 新型コロナの流行をきっかけに公営競技におけるインターネット投票の利用が全国的に増加しており（図6）、売上に占めるインターネット投票の割合が増加しています。

【図6】2017～2020 事業年度の各売上（売得金）に占めるインターネット投票割合の推移



(内閣官房ギャンブル等依存症対策推進本部事務局調べ)

- ギャンブル等依存症を起因として、多重債務や貧困といった経済的問題、家庭内不和や DV、ネグレクトなどの家庭問題、虐待、自殺、犯罪（横領、詐欺、窃盗等）などの社会的問題が生じます。依存症の治療・支援とあわせて、様々な問題への包括的な支援が必要です。
- 依存症対策全国センターの調査※によると、依存症者の問題に気付いてから相談機関を訪れる、あるいは自助グループを利用するまでの期間は、相談機関では平均 58.2 カ月、自助グループでは平均 55.5 カ月といずれも 5 年近い年月がかかっていました。
※松下幸生, 新田千枝, 遠山朋海; 令和 2 年度 依存症に関する調査研究事業
「ギャンブル障害およびギャンブル関連問題の実態調査」(2021)

(3) 薬物依存症

- 薬物依存症の問題は、違法薬物が絡むものが多いことから、従来は司法的措置が重視されてきました。しかし、覚醒剤などの薬事犯は再犯率が他の犯罪に比べて非常に高く、司法的措置だけでは解決が難しいことから、依存症患者として捉え、回復に向けた治療や支援を継続的に受けるための仕組みが重要です。

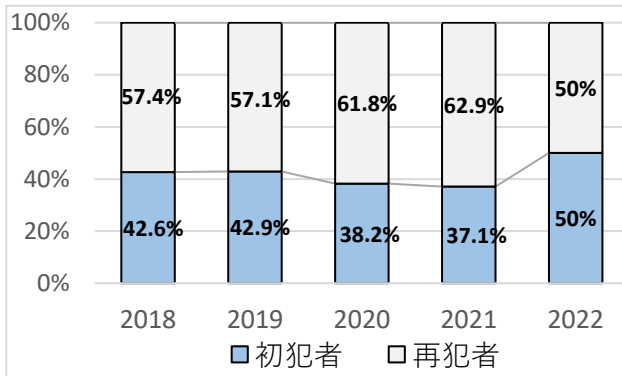
ア 覚醒剤

- 覚醒剤事犯は再犯率が高く、50%を超えた値で推移しています。また、2022 年の覚醒剤事犯検挙人員の年代別割合は、40 歳代が最多となっています。(図 7、9)

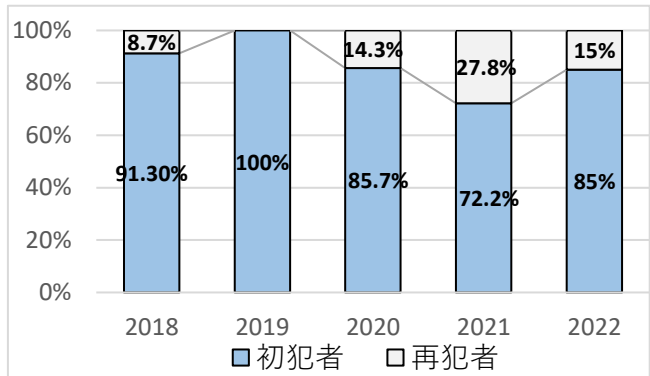
イ 大麻

- 大麻事犯は初犯率が高く、85%を超えた値で推移しています。また、2022 年の大麻事犯検挙人員の年代別割合は 20 歳代が最多となっており、50%となっています。(図 8、10)
- カナダ、ウルグアイ、アメリカの一部の州における大麻の合法化について、合法化された背景や、合法化の範囲や使用に係る制限などの正確な情報が伝わっていない一方で、若年層を中心に「大麻に有害性はない」等の誤った情報がインターネット等で流布されています。

【図7】覚醒剤事犯検挙人員の内訳（長野県）

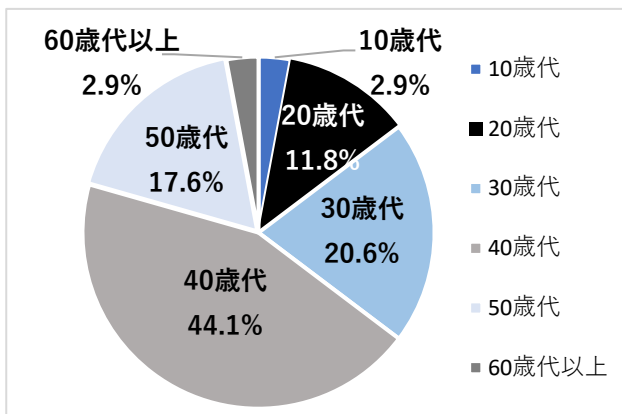


【図8】大麻事犯検挙人員の内訳（長野県）

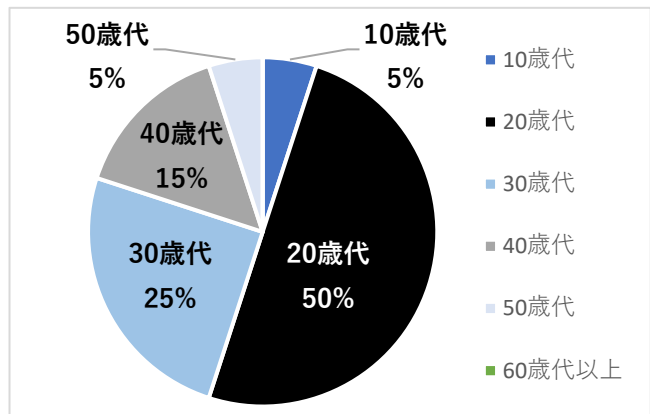


（長野県警察本部統計資料）より

【図9】2022年 覚醒剤事犯検挙人員の年代別割合（長野県）



【図10】2022年 大麻事犯検挙人員の年代別割合（長野県）



（長野県警察本部統計資料）より

ウ 市販薬・処方薬

- 市販薬や処方薬の過量服薬（オーバードーズ）は、意識障害や急性中毒を引き起こすだけでなく、実際に命を落とす事例が発生するなど、近年社会問題となっています。
- 薬の過量摂取により感覚が麻痺し、多幸感を得て不安が解消されるような錯覚に陥ることがあるため、学校生活や仕事、人間関係など、現実社会で孤独感やストレスを抱えた若者たちが、現実逃避の手段として行うことが多いようです。これを繰り返してしまと、その先には依存が待ち受けており、より強い刺激を求めて非合法薬物に手を出してしまう可能性もあります。

大麻は安全？

一部の国や州では大麻が合法化されていますが、あくまで流通を管理し密売を防ぐためであり、決して安全だからという理由ではありません。大麻を合法化した国や地域であっても、大麻の有害性の影響を大きく受ける未成年の所持や使用は禁じられています。

また、大麻を合法とした国は、カナダ、ウルグアイ、アメリカの一部の州などごく一部であり、大多数の国では違法な薬物として規制されています。

海外では医療用大麻が承認されていますが、あくまで病気を治療するために作られた医薬品です。

なお、大麻取締法等については、令和5年12月に大麻草を原料にした医薬品の使用を認める、大麻の不正な使用について罰則を設ける等の改正が行われています。

（4）ゲーム・ネット依存

ア ゲーム障害とは

- 2018年6月、世界保健機関（WHO）は、オンラインゲームやテレビゲームに没頭し生活や健康に支障をきたす状態を「ゲーム障害」（ゲーム依存症）という精神疾患として「改訂版国際疾病分類（ICD-11）」に位置付けることを発表しました。

- ゲーム障害は、「臨床的特徴」と「重症度」、「期間」の3つの観点から定義され、依存の状況によっては入院治療を要することもあります。

臨床的特徴	ゲームをしたい衝動が制御できない
	日常生活などよりゲームを優先する
	問題が起きてもゲームを続ける
重症度	家族、社会、学業、仕事などに重大な支障
期間	上記4項目が12カ月以上続く（重症の場合は期間短縮）

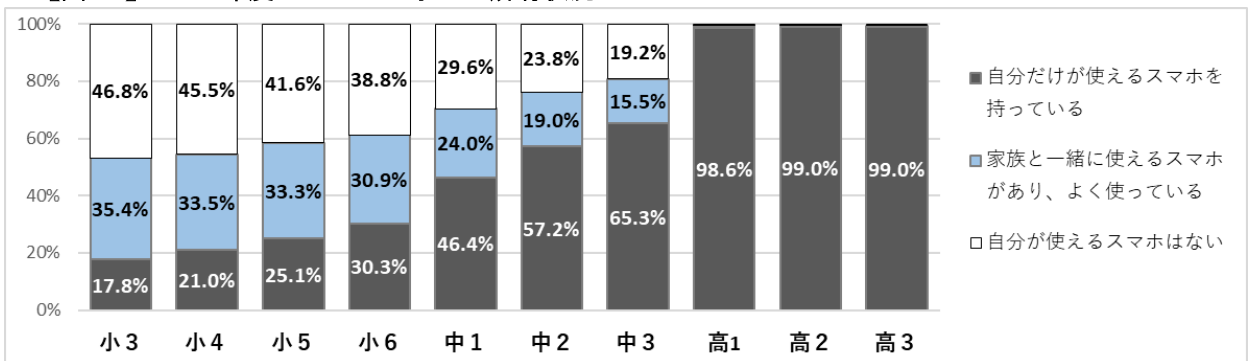
（国際疾病分類（ICD-11）の記述より）

- ゲーム障害が体に与える影響として、睡眠不足と睡眠の質の低下、食事習慣の乱れ、眼精疲労、不適切な姿勢による首や肩の痛みなどがあります。
- 心身の不調や生活における困り感や生きづらさが、ゲームにのめり込む原因になることがあります。ゲームにのめり込むことで、心身の不調だけではなく、遅刻・欠席・欠勤などの社会生活上の問題、過度の課金による経済的な問題等の発生につながります。

イ スマートフォン・パソコンの使用状況と課題

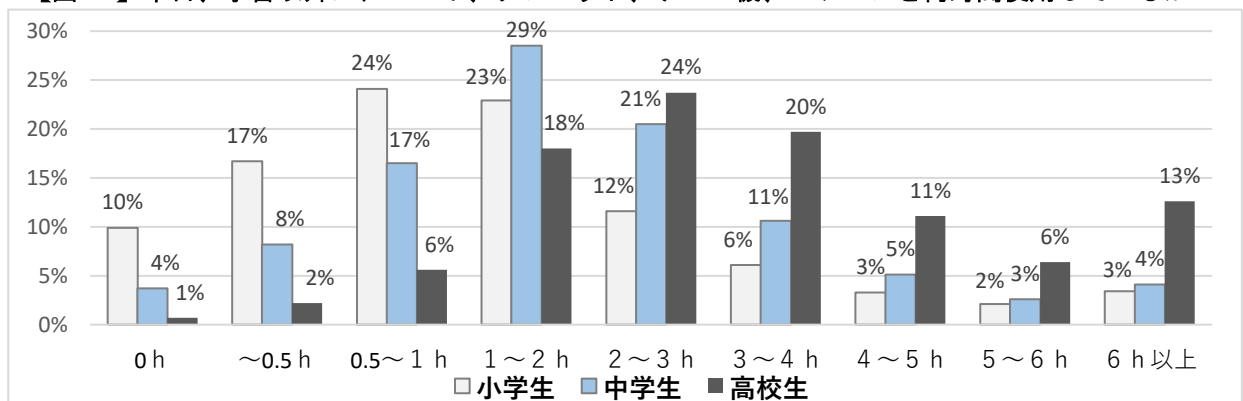
- 2021年の長野県社会生活基本調査によると、趣味・娯楽の種類別行動者率は、「CD・スマートフォンなどによる音楽鑑賞」、「映画館以外での映画鑑賞」、「スマートフォン・家庭用ゲーム機によるゲーム」が高く、電子媒体が日常生活の中に広く浸透しており、多くの県民が娯楽として使用していることがわかります。
- 2023年に「自分だけが使えるスマホがある」と回答した児童は、小3 17.8%(15.8%)、小4 21.0%(18.8%)、小5 25.1%(22.5%)、小6 30.3%(28.1%)であり、スマートフォン所持の低年齢化が進んでいます。また、小学生の3割、中学生の2割が家族と一緒に使えるスマートフォンを使っています。※（）は2022年度の結果（図11）
- 平日、学習以外に、スマホ、タブレット、ゲーム機、パソコンを何時間使用しているか調査したところ、小中学生で4～6時間以上使用している児童生徒が見受けられます。また、高校生になると5割が3時間以上使用していると回答しています。（図12）

【図11】2023年度スマートフォンの所有状況



（長野県「スマホやPC、ゲーム機等とのよりよい関わりに向けたアンケート」）

【図12】平日、学習以外に、スマホ、タブレット、ゲーム機、パソコンを何時間使用しているか



（長野県「スマホやPC、ゲーム機等とのよりよい関わりに向けたアンケート」）

第2 目指すべき方向

1 基本理念

社会が依存症を理解し、依存症者本人も家族も回復者も安心して暮らすことができる社会づくり

2 基本目標

(1) 一次予防（発生予防）

- 社会全体に正しい知識が浸透し、必要な人に必要な情報が届いている
- ・特に配慮が必要なグループに、最適化された情報が届いている

(2) 二次予防（進行予防）

- 適切なタイミングで本人や家族等のニーズに沿った支援につながっている
- ・様々な相談先があり、早期支援へのつながりが図られている
- ・住んでいる地域にかかわらず、必要とする支援が受けられている

(3) 三次予防（回復支援・再発予防）

- 回復者が社会に受け入れられるとともに、継続した支援を受けられている
- ・回復者に対する社会の受入体制ができています
- ・回復者が必要に応じた継続的支援を受けられている

(4) 依存症対策の推進体制整備

- 依存症対策推進体制が整備されている
- ・医療、福祉、就労、教育等、多様な関係者の連携が図られている
- ・依存症専門医療機関とつながるネットワークが県内に構築されている

第3 施策の展開

- 本計画では、関係者が取り組むべき施策の方向性を検討するため、一次予防・二次予防・三次予防における課題を抽出・整理しました。

一次予防 (発生予防)	対象：県民全般、依存症の発症リスクが高い人 定義：依存症の予防に向けた普及啓発や差別・偏見解消に向けた理解促進の取組
二次予防 (進行予防)	対象：依存症の本人と家族等、依存症の疑いがありつつも支援につながっていない人 定義：適切なタイミングで依存症の問題へ介入するための取組 依存症の支援につながっていない人の支援に向けた取組 依存症の支援に継続してつながるための取組
三次予防 (回復支援、再発予防)	対象：依存症からの回復段階にある人 定義：依存症の本人と家族等の回復を支えていくための取組 民間支援団体の活動支援 依存症の支援に継続してつながるための取組（再掲）

1 一次予防（発生予防）

(1) 共通する施策

- 依存症に対する誤解や偏見の解消に向けて、セミナー等の開催による正しい知識の普及啓発と、ポスター、リーフレット、インターネットなど様々なツールを活用した情報提供・発信を行います。
- 依存症の発生を予防するため、就職、結婚、出産、転職・離職・退職、離婚、親しい人の逝去など、依存症のきっかけとなりやすい生活の変化に応じた相談、普及啓発、予防教育を行い

ます。

- 市町村、学校、関係団体等と連携し、卒業、進学など、機会を捉えた若年層への依存症教育を推進します。
- 職場で行う健康増進活動や、健康診断、人間ドック、ストレスチェックの実施などを促進するとともに、保健指導等の機会を活用して心身の健康状態の改善や早期受診につなげます。
- 依存症相談拠点機関※（精神保健福祉センター）や保健福祉事務所・保健所、市町村において精神保健福祉相談を実施します。
 - ※ アルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル等依存症に関する相談拠点とし、専門の相談窓口の開設及び関係機関との連携などを進める。

（２）個別の施策

ア アルコール健康障害

- 飲酒ガイドライン※の周知及び活用により、正しい知識の普及を図ります。
 - ※ 個々の状況に応じた適切な飲酒量・飲酒行動の判断に資するため、厚生労働省が策定している「健康に配慮した飲酒に関するガイドライン」。
- 販売事業者等の関係団体と連携して不適切な飲酒の誘因防止に取り組みます。
- 販売事業者等、教育関係者、医療関係者、市町村等と連携して、20歳未満の者、妊産婦における不適切な飲酒ゼロを目指した普及啓発を推進します。
- 交通安全の関係者と連携し、飲酒運転防止の重要性について啓発を実施します。また、飲酒運転をした者でアルコール依存症が疑われる場合には、相談や治療が受けられる機関へつなぐ体制を検討します。
- 多量飲酒者、高齢者、女性など、アルコール健康障害の発生リスクが相対的に高い人に対して、それぞれの特性について正しく理解するための普及啓発を行います。

イ ギャンブル等依存症

- 関係団体と連携し、ギャンブル等依存症にかかる啓発活動を行い、不適切な誘因防止に取り組みます。

2 二次予防（進行予防）

（１）共通する施策

- 依存症者や家族等が適切な支援につながるための普及啓発を行います。
- 依存症相談拠点機関や保健福祉事務所・保健所において、依存症者や家族等からの相談に対応するとともに、回復プログラム等の案内や依存症専門医療機関、民間支援団体等に関する情報提供を行い、必要に応じて関係機関へつなげます。
- 依存症に特化した専門プログラムにより治療を行う依存症専門医療機関について、ポスターや県のホームページ等で周知します。
- 依存症からの回復プロセスについて具体的な情報提供を行い、相談や医療機関、民間支援団体等の継続利用を支援します。
- 依存症相談拠点機関や保健福祉事務所・保健所への家族からの相談に対し、家族会や家族も参加できる自助グループ等につなげ、正しい知識の修得や家族自身の生活の確保を支援します。
- 就労支援者や職場に対し、依存症の特性や対応の方法等、依存症に対する理解の促進を図るとともに、依存症者の就労・復職支援を実施します。
- 住まいの確保のため、家主や不動産事業者に対する依存症の正しい知識の普及啓発を図るとともに、長野県居住支援協議会と連携して、住宅確保要配慮者の居住支援の充実に取り組みます。
- 依存症に関連する経済的問題、家庭問題、社会的問題について、依存症者や家族から相談を受けた場合、ニーズに応じて専門的な相談窓口の案内、専門的な支援者へのつなぎを行います。

（２）個別の施策

ア アルコール健康障害

- 職場で行う健康診断、人間ドック、ストレスチェックなどを早期発見の契機として活用するとともに、保健指導等の機会においては、必要に応じて、受診・相談の勧奨や専門医療機関、民間支援団体等の情報を提供します。
- 依存症者や依存症が疑われる人が、アルコールに起因する疾患により内科等を受診した際に、専門的な医療機関や民間支援団体等へつなげるよう、SBIRTS（エスバーツ）を普及します。

SBIRTS とは		
① S creening	スクリーニング	スクリーニングテストにより飲酒問題の程度をふるい分ける。
② B rief I ntervention	簡易介入	飲酒問題の程度により、節酒や断酒を促す。
③ R eferral to T reatment	専門治療への紹介	専門的な治療が必要な方には、医療機関を紹介する。
④ S elf-help group	自助グループへの紹介	本人や家族を回復のための自助グループにつなげる。

SBIRTS を広めよう

アルコール依存症治療における SBIRT は、スクリーニングテストの結果により、できるだけ早期に無理なくアルコール依存症の治療を勧めるための仕組みで、早期発見から早期治療につなげるための方法として専門医療機関では定着しています。SBIRTS は SBIRT に自助グループ (Self Help Group) の「S」を連結した考え方です。

アルコール依存症は進行性の慢性疾患であり、回復し続けるためには自助グループ等に参加することが望ましいとされています。

そのためには、かかりつけ医や保健指導・相談にあたる産業医等の関係者が、患者と自助グループへのつなぎの機会を設け、参加を促す SBIRTS の活用が期待されます。

イ ギャンブル等依存症

- 消費生活センターと連携し、多重債務やギャンブル等依存症等の相談内容に応じた専門機関を案内するなど、解決に向けた支援を行います。

3 三次予防（回復支援・再発予防）

(1) 共通する施策

- 民間支援団体等が継続して本人や家族を支援できるよう、運営にかかる支援、活動の機会や会場の提供、活動内容についての情報発信等を行います。
- 回復者が社会復帰しやすい環境を整備するため、依存症に対する正しい知識、回復と就労の両立のために必要な知識を職場等周囲の人に情報提供し理解を促進します。
- 就労支援者や企業・職場に対し、依存症の特性や対応の方法等、依存症に対する理解の促進を図るとともに、依存症者の就労・復職支援を実施します。(再掲)
- 住まいの確保のため、家主や不動産事業者に対する依存症の正しい知識の普及啓発を図るとともに、長野県居住支援協議会と連携して、住宅確保要配慮者の居住支援の充実に取り組みます。(再掲)
- 依存症相談拠点機関や保健福祉事務所・保健所への家族からの相談に対し、家族会や家族も参加できる自助グループ等につなげ、正しい知識の修得や家族自身の生活の確保を支援します。(再掲)
- 依存症の再発や依存症による合併症等を予防するため、支援者による心身の健康相談、訪問活動を通じた継続的な支援の充実を図ります。

(2) 個別の施策

ア ギャンブル等依存症

- 入場制限、インターネット投票制限及び利用制限等、本人や家族の申告に基づくアクセス制限について、事業者や団体の協力を求めます。

4 依存症対策の推進体制整備

- 相談担当者や医療従事者等を国が実施する依存症に係る研修会に派遣して、対応力の向上を図ります。
- 市町村や保健福祉事務所・保健所の保健師等を対象に、相談支援に関する研修会を開催します。
- 身近なかかりつけ医を対象とした研修会を開催し、アルコール健康障害・各種依存症が疑われ

る患者を早期に発見して適切な治療・支援等につなぐ地域の連携体制づくりを目指します。

- かかりつけ医が、アルコール健康障害・各種依存症が疑われる患者を早期発見し、適切な治療・指導等を行うとともに、必要に応じて依存症専門医療機関、民間支援団体等につなぐ連携体制を目指します。
- 身近な地域で専門的な依存症治療が受けられるよう、依存症専門医療機関の選定を進め、依存症専門医療提供体制の充実を目指します。なお、依存症専門医療機関による連携会議により、依存症専門医療の質の向上を図ります。
- 行政、民間支援団体、医療機関、身近な支援者による会議等を通じて、地域における顔の見える支援者ネットワークの構築を図ります。
- 情報共有、研修会や連携会議の開催などにより、行政、医療、福祉、教育、司法、就労などの多様な関係者が連携し、依存症の問題で悩む人のニーズに対応する包括的な支援体制の構築を目指します。

第4 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 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	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 11.0% (2019) 全国 14.9% (2019)	11.0% 未満 (2029)	現状より減少させる ※厚生労働省：アルコール健康障害対策推進基本計画【第2期】の目標 男性13.0% 女性 6.4%	県民健康・栄養調査
		女性	長野県 7.6% (2019) 全国 9.1% (2019)	7.6% 未満 (2029)		
○	20歳未満の者の飲酒割合	中学1年男子	0.8% (2021)	0%	20歳未満の者の飲酒をなくす	未成年者の喫煙・飲酒状況等調査
		中学1年女子	0.5% (2021)	0%		
		高校1年男子	1.7% (2021)	0%		
		高校1年女子	1.5% (2021)	0%		
○	妊娠中の飲酒割合		0.7% (2021)	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
○	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		長野県 76人 (2021) 全国 6,016人 (2021)	76人 未満	現状より減少させる	厚生労働省 人口動態統計

2 依存症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 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	依存症に関する相談 件数	依存症相談拠点 機関（精神保健 福祉センター）	733 件 (2021)	733 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	268 件 (2021)	268 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会 の開催回数（アルコール健康 障害）		1 回	1 回 以上	現状以上を目指す	県実施事業
P	関係機関による連携会議の開 催回数（アルコール健康障 害、薬物依存症、ギャンブル 等依存症）		各 1 回	各 1 回 以上	現状以上を目指す	県実施事業
P	依存症専門医療機関の連絡会 議の開催		未開催	1 回 以上	新たに開催する	県実施事業
S	依存症専門医療機関の数 （ギャンブル等依存症）		2 か所	4 か所 以上	各精神医療圏域に 1 か所以上	保健・疾病対策課
S	依存症専門医療機関の数 （薬物依存症）		2 か所	4 か所 以上	各精神医療圏域に 1 か所以上	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

第6 ロジックモデル

