

令和5年度 長野県地方精神保健福祉審議会資料

- 資料 1 ★精神保健福祉法改正を受けた主な変更について
- 資料 2 心の健康推進事業 令和5年度予算について
- 資料 3 長野県の精神障がい者の現況等について
- 資料 4 精神医療審査会及び精神障害者保健福祉手帳の交付等について
【精神保健福祉センター】
- 資料 5 精神科救急医療体制について
- 資料 6 災害精神医療体制の整備について
- 資料 7 てんかん支援拠点病院について
- 資料 8 依存症対策事業について
★<長野県依存症対策推進計画の策定状況について>
- 資料 9 発達障がい診療体制整備事業について
★<人材育成事業の継続、発達障がい情報・支援センターについて>
- 資料 10 自殺対策推進事業について
★<第4次長野県自殺対策推進計画について>
- 資料 11 精神障がい者地域生活支援事業について
★<入院者訪問支援事業について>
- 資料 12 ★第8次長野県保健医療計画のグランドデザインについて
- 資料 13 ★保健医療計画(精神疾患)(案)について
- 資料 14 ★健康増進計画(こころの健康)(案)について
- (参考 1) 長野県障がい者プランの策定状況について
- (参考 2) 長野県高齢者プランの策定状況について

※ 会議においては、★印の資料を中心に事業説明を行います。ご了承ください。

令和6年4月から

県

= 都道府県及び政令指定都市

市

= 市町村

医療保護入院の期間の法定化と更新の手続き

- 医療保護入院の入院期間は、最大6ヶ月以内で省令で定める期間（検討中）とする。
- 入院中の指定医による診察の結果、患者に同意能力がなく（任意入院ができない）、入院の必要があると判断した場合に限り、以下の要件を満たすことで入院の期間を更新できる。
 - ・ 対象患者への退院支援委員会の開催（入院継続に当たって必要な退院支援措置の検討）
 - ・ 家族等に連絡した上で、同意を確認（同意又は不同意の意思表示がないことの確認）
 - ・ 更新届の提出（定期病状報告は必要なくなります）

県

市

家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合の取扱い

- 当該家族等がどうしても同意・不同意の判断ができない場合には、家族等は意思表示を行わないこととすることができるようになる。
- 家族等の全員が意思表示を行わない場合には、医療機関は市町村長同意の申請ができるようになる。

市

8

令和6年4月から（続き）

地域生活への移行を促進するための措置

- 退院後生活環境相談員について、措置入院者にも選任することを義務化。
- 地域援助事業者（※）の紹介（現行努力義務）を義務化するとともに、措置入院者にも適用。
- 医療保護入院者退院支援委員会について、入院後1年を経過する者に対しても開催する。（更新の際に必要となる）

※ 医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が地域生活に移行できるよう、特定相談支援事業等の事業者や、事業の利用に向けた相談援助を行う者（共同生活援助、訪問介護事業者等）

市

入院者訪問支援事業

県

- 市町村長同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望に応じて、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員を派遣。
- 都道府県等が訪問支援員を選任、研修等を実施。

※ 法定事業に向けて令和5年度から予算事業を開始。

措置入院時の入院必要性に係る審査

県

- 従来の医療保護入院時の審査に加え、措置入院時にも精神医療審査会において入院必要性に係る審査が必要となる。

9

医療機関における虐待防止の措置の義務化

- 病院の管理者は、虐待防止のための研修を行ったり、相談体制の整備をしたりする必要があり、指定医はそれに協力しなければならない。

虐待を発見した者から都道府県等への通報の義務化

県

- 病院内で業務従事者による障害者虐待を発見した場合は、誰もが都道府県に通報しなければならない。
- 業務従事者は、この通報をしたことを理由として、解雇その他不利益な取扱いを受けない。
- 通報を受け、都道府県が必要と判断した場合、実地監査において、指定医は虐待を受けたと思われる患者の診察をすることがある。
- 都道府県知事は、必要があると認める場合、病院の管理者に対して、報告や診療録等の提出を命じ、立入検査を行うことができる。また、改善計画や必要な措置を命じることができる。
- 都道府県知事は、毎年度、業務従事者による障害者虐待の状況等について公表する。

10

自治体の相談支援の対象の見直し

市

- 市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者（具体的には省令で定める予定）も対象となる。

市町村への支援に関する都道府県の責務

市

県

- 都道府県は、市町村が行う精神保健に関する相談支援に関し、市町村への必要な援助を行うよう努めなければならない。

参 考

●精神障害者や精神保健に課題を抱える者への相談支援については、（政令市・保健所設置市以外の）市町村においては、精神保健福祉法上の「努力義務」となっており、法的には現時点で義務づけられてはいないものの、福祉・母子保健・介護等の分野と精神保健分野の複合的な支援ニーズがみられる中で、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」等において、市町村における実施の重要性が指摘されている。

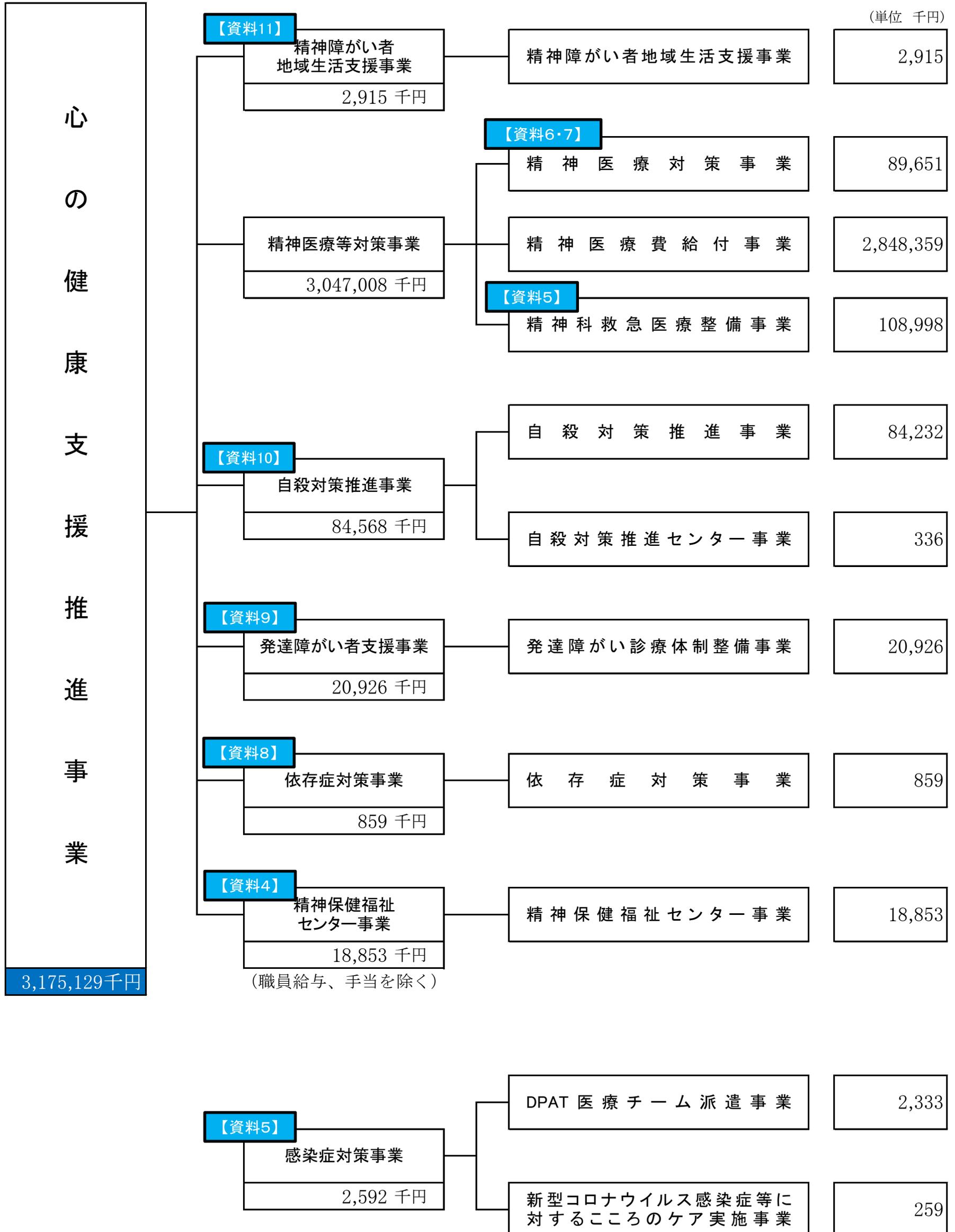
●このため、今後関係省令や、精神保健福祉業務運営要領（通知等）において、精神保健に関する相談支援に関し、市町村が実施する内容について、具体化・明確化を図っていくことを検討中。

詳細については、今後、省令・通知等でお示ししていく予定です。今後の情報にご注意ください。

心の健康支援推進事業体系(令和5年度予算)

保健・疾病対策課

(単位 千円)

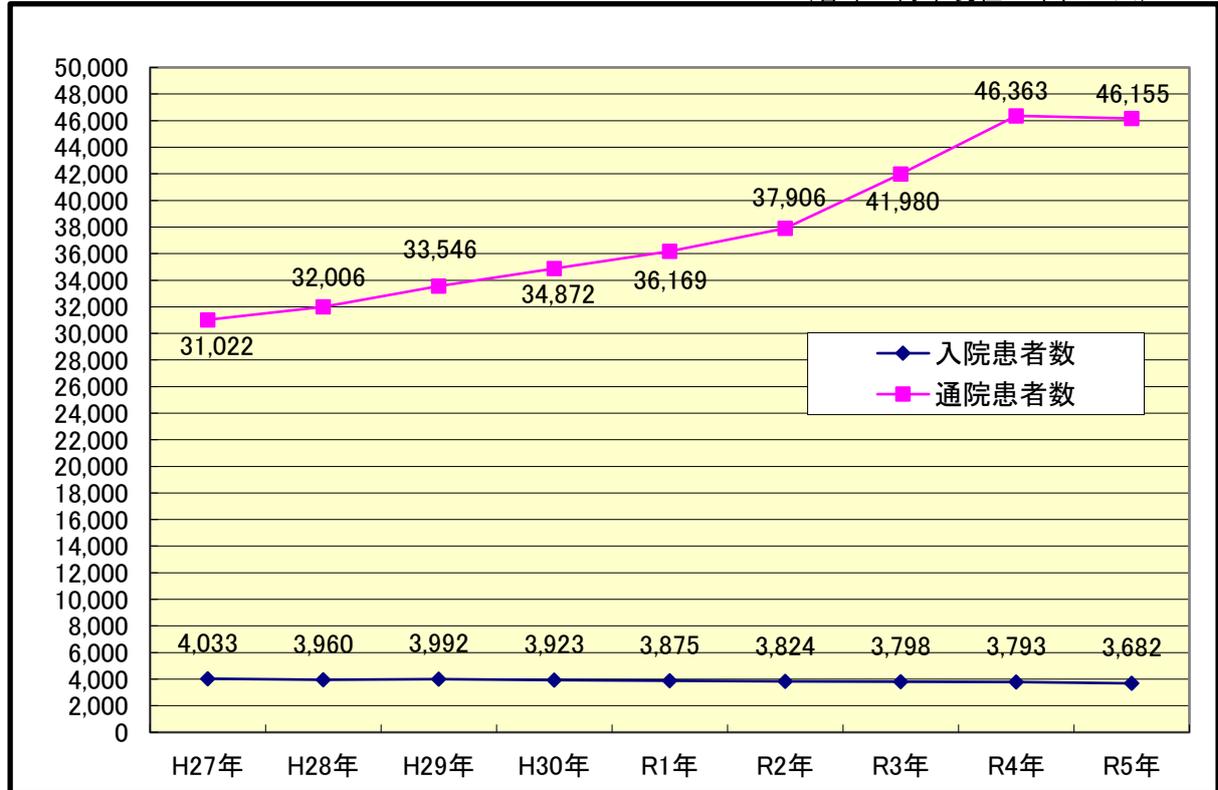


長野県の精神障がい者の現況等について

資料 3

1 入院患者数及び通院患者数 の推移

(各年3月末現在 単位：人)



※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

2 疾病別患者数

(令和5年3月末現在 単位：人)

	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
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	207	696	903
覚せい剤による精神及び行動の障害	11	16	27
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	12	49	61
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

3 精神科病院の状況 (令和5年4月1日現在)

設置区分	施設数	病床数
独立行政法人立	2	300
地方独立行政法人立	1	129
公 的	5	305
その他	23	3,802
計	31	4,536

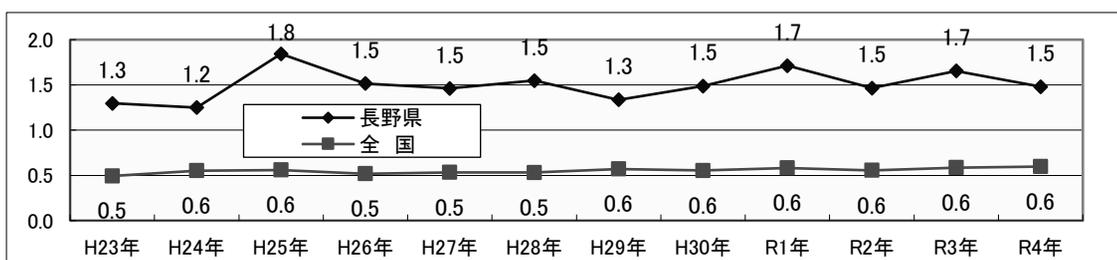
○県保健医療総合計画に定める基準病床数（医療法第30条の4第2項第11号）3,947床（※）
 （※）2020年度末（第5期障害福祉計画の最終年度に合わせて設定）

4 入院形態別入院患者数の推移 (各年6月末現在 単位：人)

	措置	医療保護	任意	その他	合計
平成23年	58	1,674	2,722	23	4,477
24年	54	1,710	2,542	17	4,323
25年	77	1,688	2,390	23	4,178
26年	63	1,635	2,435	22	4,155
27年	59	1,648	2,302	27	4,036
28年	62	1,683	2,239	24	4,008
29年	53	1,625	2,224	66	3,968
30年	59	1,640	2,173	95	3,967
令和1年	68	1,692	2,173	38	3,971
令和2年	56	1,715	2,031	23	3,825
令和3年	63	1,793	1,944	7	3,807
令和4年	52	1,745	1,707	11	3,515

○精神保健福祉資料(630調査)から

5 入院患者に占める措置入院患者の割合（措置率）



6 精神障害者保健福祉手帳の交付状況

(1) 令和4年度承認状況 (令和5年3月末現在 単位：人)

申請	診断書	12,482	(9,621)
	年金証書	1,568	(1,358)
	計	14,050	(10,979)
交付	診断書	1 級	6,086 (5,101)
		2 級	5,062 (3,685)
		3 級	972 (619)
	年金証書	1 級	312 (287)
		2 級	1,177 (1,003)
		3 級	59 (51)
計	13,668	(10,746)	

(注) ()内は、更新者の再掲

(2) 手帳交付台帳登録数 (令和5年3月末現在 単位：人)

級	年度末現在(うち有効期限切れ)	
1 級	12,828	(268)
2 級	12,660	(328)
3 級	2,221	(112)
計	27,709	(708)

精神医療審査会及び精神障害者保健福祉手帳の交付等について

精神保健福祉センター

1 長野県精神医療審査会

精神医療審査会は、精神障がい者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保する目的で設置され、精神保健福祉法第12条の規定により、精神障がい者の入院の要否及び処遇の適否に関する審査を行っている。

(1) 審査会の体制

4組の合議体を組織(1合議体当たり5人(医療委員3人、法律委員1人、保健福祉委員1人)で構成)し、合計で年20回(1合議体当たり5回)の審査会を開催した。

		令和3年度	令和4年度	令和5年度
合議体数		4	4	4
委員総数		29人	29人	33人
内訳	医療委員	15人	15人	18人
	法律委員	8人	8人	8人
	保健福祉委員	6人	6人	7人
審査会開催回数		20回	20回	20回(予定)
退院等請求審査期間		平均35.4日	平均28.0日	—

(2) 審査内容

① 入院届、定期報告等に関する審査(令和4年度)

(単位:件)

区 分		審査件数	審査結果件数		
			現在の入院 形態が適当	他の入院形態 への移行が適当	入院継続 不 要
医療保護入院届		2,545	2,545	0	0
入院中の 定期報告	医療保護入院	1,119	1,119	0	0
	措置入院	74	74	0	0
合 計		3,738	3,738	0	0

② 入院者等からの退院・処遇改善の請求の審査(令和4年度)

(単位:件)

区 分	請求件数	審査件数	審査結果件数			請求 取り下げ 等
			入院・処遇 は適当	他の入院 形態への 移行が適当	入院・処遇 は不適当	
退 院	71	53	53	0	0	18
退院・処遇改善	24	16	16	0	0	8
処遇改善	7	5	5	0	0	2
合 計	102	74	74	0	0	28

2 自立支援医療(精神通院医療)及び精神障害者保健福祉手帳に関する事務

障害者総合支援法(略称)第54条の規定による自立支援医療(精神通院医療)の認定並びに精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付にかかる業務を行った。

(1)自立支援医療(精神通院医療)(令和4年度)

(単位:人)

申請件数	交付件数	不承認件数	年度末受給認定者数
46,155	46,155	0	42,401

(2)精神障害者保健福祉手帳(令和4年度)

①年間交付状況

(単位:人)

申請	診断書		12,482	(9,621)
	年金証書		1,568	(1,358)
	計		14,050	(10,979)
交付	診断書	1級	6,086	(5,101)
		2級	5,062	(3,685)
		3級	972	(619)
	年金証書	1級	312	(287)
		2級	1,177	(1,003)
		3級	59	(51)
	計		13,668	(10,746)

[注] ()内は更新者の再掲

②年度末(令和5年3月)手帳交付者数

(単位:人)

級	総人数 (うち有効期限切れ人数)	
1級	12,828	(268)
2級	12,660	(328)
3級	2,221	(112)
計	27,709	(708)

精神科救急医療整備事業

保健・疾病対策課

1 目 的

精神疾患の急激な発症や精神症状の悪化などにより、緊急に医療を必要とする精神障がい者に対する医療体制の確保するため、精神科救急医療体制の整備充実を図る。

2 根 拠

- ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 19 条の 11、第 27 条、第 29 条の 2 の 2、第 47 条
- ・精神科救急医療体制整備事業実施要綱

3 事業内容

(1) 輪番病院及び常時対応施設の整備

- ・24 時間 365 日、緊急な医療を必要とする精神障がい者等に精神科救急医療を提供できる体制を県内 4 圏域（東信、北信、中信、南信）ごとに整備
- ・空床確保－輪番病院は 1 床、常時対応施設は 2 床以上確保し、応需態勢を整える。

(2) 精神障がい者在宅アセスメントセンターの設置

- ・精神障がい者等からの相談や警察・消防などの関係機関からの相談を受け付けて緊急入院の可否を判定し、要入院患者については受診先を紹介、入院不要患者については支援機関への繋ぎを行うなどを行う相談窓口を設置する。

(3) 長期連休時等の精神保健指定医確保に向けた待機事業

- ・年末年始等、医療機関の長期休診日が続く期間において、措置入院処分に必要な精神保健指定医の確保が困難となるため、当該期間につき各保健所で 1 名の精神保健指定医を追加待機する制度を整備する。

(4) 精神障がい者移送体制に係る搬送委託業務

- ・措置入院に係る通報等を受理した保健福祉事務所（保健所）が行う当該被通報者等の搬送の一部を、県内で道路運送法に基づく一般乗用旅客自動車を用いて業務を営む民間事業者へ業務委託する。

4 令和 5 年度予算額

108,998 千円（令和 4 年度 108,651 千円）

精神科救急医療体制整備事業・全圏域年報（令和4年度）

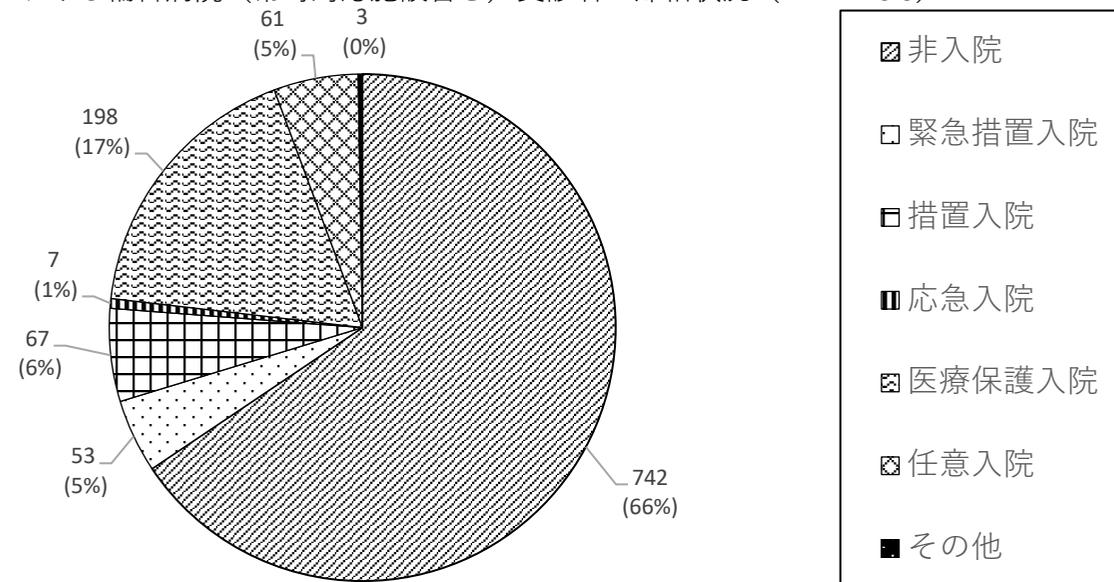
【当番日のみ集計】

月	受診者数		受診時間帯		帰 結					
	月間総数	休日中	夜間	非入院	入 院					
					緊急措置入院	措置入院	応急入院	医療保護入院	任意入院	その他
4月	73	22	51	36	8	8	0	17	4	0
5月	95	27	68	59	1	7	1	21	5	1
6月	59	11	48	32	4	4	0	13	6	0
7月	110	19	91	68	7	5	1	18	11	0
8月	101	24	77	79	4	3	0	11	4	0
9月	106	27	79	74	4	6	1	14	6	1
10月	96	15	81	68	5	6	0	12	5	0
11月	103	26	77	67	4	7	0	21	4	0
12月	96	19	77	62	7	4	1	18	4	0
1月	115	36	79	86	2	5	2	16	4	0
2月	82	21	61	49	3	7	0	18	5	0
3月	95	25	70	62	4	5	1	19	3	1
計	1131	272	859	742	53	67	7	198	61	3

<※輪番病院一覧>

地区	平日	休日
東信	千曲荘病院【常時対応型】、 小諸高原病院、そよかぜ病院 (3病院)	東信3病院、北信5病院 + 長野赤十字病院、 あづみ病院 (~R4.9.7) (10病院)
北信	佐藤病院、鶴賀病院、 篠ノ井橋病院、上松病院、 栗田病院 (5病院)	
中信	城西病院、松南病院、村井病院【常時対応型】、松岡病院、 倉田病院、あづみ病院 (R4.9.8~) (6病院)	
南信	諏訪湖畔病院、諏訪赤十字病院、飯田病院、 こころの医療センター駒ヶ根【常時対応型】 (4病院) ※保健所圏域ごとに分担	

当番日における輪番病院（常時対応施設含む）受診者の帰結状況（R4.4～R5.3）



通報等に基づく診察実施状況

令和4年度

保健所	一般からの			警察官通報			検察官通報			保護観察所			矯正施設の			精神科病院			医療観察法に係る指定医療機関及び保護観察所の通報			その他			合計				(参考) R3合計				措置解除			緊急措置			措置患者数の増減		令和4年	令和5年
	申請			23条			24条			の長の通報			長の通報			管理者の届出			26条の3			27条2項			通 発 診 措				通 発 診 措				29条の2						3月末措	3月末措		
	申請	診察	措置	通報	診察	措置	通報	診察	措置	通報	診察	措置	通報	診察	措置	届出	診察	措置	届出	診察	措置	発見	診察	措置	通報	発見	診察	措置	通報	発見	診察	措置	通 申	診 察	緊 措	置患者数	置患者数					
佐久				49	47	30	3	1	1				7												59	48	31	50	42	24	30	21	21	14	1			1		2		
上田				28	26	23	1						5												34	26	23	28	24	16	25	15	15	14	-2			5		3		
諏訪				37	19	10	4	1	1				4												45	20	11	41	21	14	15				-4			6		2		
伊那				33	16	15	2	1	1				4												39	17	16	25	10	8	14				2			1		3		
飯田	1	1	1	19	13	10							3												23	14	11	33	16	14	14				-3			4		1		
木曾				8	8	5																			8	8	5	5	3	2	3				2					2		
松本	1	1	1	69	68	60	7	2	2				12												89	71	63	91	72	61	61	1	1	1	2			22		24		
大町				17	15	9	3	1	1				3												23	16	10	14	10	9	9	2	2	2	1			2		3		
長野	2			140	121	59	7	4	2				22												171	125	61	169	129	60	57	73	73	36	4			9		13		
北信				23	17	4	3	1	1																26	18	5	29	20	3	3	2	2	2	2			1		3		
合計	4	2	2	423	350	225	30	11	9				60												517	363	236	485	347	211	231	114	114	69	5			51		56		

※1 緊急措置診察を行っている場合、診察件数にはカウントするが、緊急措置入院のみで、本措置入院していない場合には、「措置」件数にはカウントしない。(緊措には計上)
 緊急→本措置入院となった場合、各条の「診察」欄と、右側緊急措置の「診察」欄にそれぞれ1件ずつ計上とする。(各条の「診察」欄に緊急と本診察の2回分をカウントすることはない。)

緊急に精神科の医療が必要になったときには

- ★ かかりつけの医療機関の主治医と連絡がとれない
- ★ 今までに精神科を受診したことがない など

長野県精神障がい者在宅アセスメントセンター
「りんどう」にお電話ください

専用電話 **0265 - 81 - 9900**

毎日: 17時30分～翌朝8時30分

相談内容に応じて、看護師等が対応方法を助言します。

- ◎ 医療機関の紹介窓口ではありませんので、受診のご要望に応えられない場合もあります。
- ◎ 飲酒している時は、相談に応じることができません。

「りんどう」は緊急時の精神医療に関する相談窓口です



≪ こんな時は こちらへご相談ください ≫

警察(110番)へ

… 自分や他人を傷つけている(おそれがある)時

至急!

救急(119番)へ

… けがや身体症状(外傷、大量服薬、意識障害など)がある

至急!

かかりつけ医療機関へ

… 薬が終わってしまったので出してほしい

平日昼間

市町村、お近くの保健所、

… (緊急性はないが) 悩みを聞いて欲しい。眠れない。

平日昼間

☞ 保健所・精神保健福祉センターについては裏面をご覧ください。



既に精神科の治療を受けている方へ

まずは、かかりつけの医療機関の主治医に相談しましょう。

かかりつけの医療機関名		
平日昼間の電話番号	—	—
休日・夜間の電話番号	—	—

日頃から、こころの健康状態について考えたり、
症状が悪化した時のための準備をしておきましょう。

- ※ かかりつけの医療機関(主治医)の連絡先を確認しておきましょう。
- ※ 処方された薬は、指示通りに内服しましょう。
- ※ 長い休日などの前には、計画的に医療機関を受診しましょう。

保健福祉事務所

～心と体の健康に関する相談～

圏域	保健福祉事務所	電話番号(対応時間:平日8:30~17:15)	
		代表	精神保健福祉相談
佐久	佐久保健福祉事務所	0267-63-3111	0267-63-3164
上小	上田保健福祉事務所	0268-23-1260	0268-25-7149
諏訪	諏訪保健福祉事務所	0266-53-6000	0266-57-2927
上伊那	伊那保健福祉事務所	0265-78-2111	0265-76-6837
飯伊	飯田保健福祉事務所	0265-23-1111	0265-53-0444
	// 阿南支所	0260-22-2206	-
木曾	木曾保健福祉事務所	0264-24-2211	0264-25-2233
松本 (松本市除く)	松本保健福祉事務所	0263-47-7800	0263-40-1938
大北	大町保健福祉事務所	0261-22-5111	0261-23-6529
長野 (長野市除く)	長野保健福祉事務所	026-223-2131	026-225-9039
北信	北信保健福祉事務所	0269-62-3105	0269-62-6104
長野市	長野市保健所	026-226-9960	-
松本市	松本市保健所	0263-34-3217	-

精神保健福祉センター等

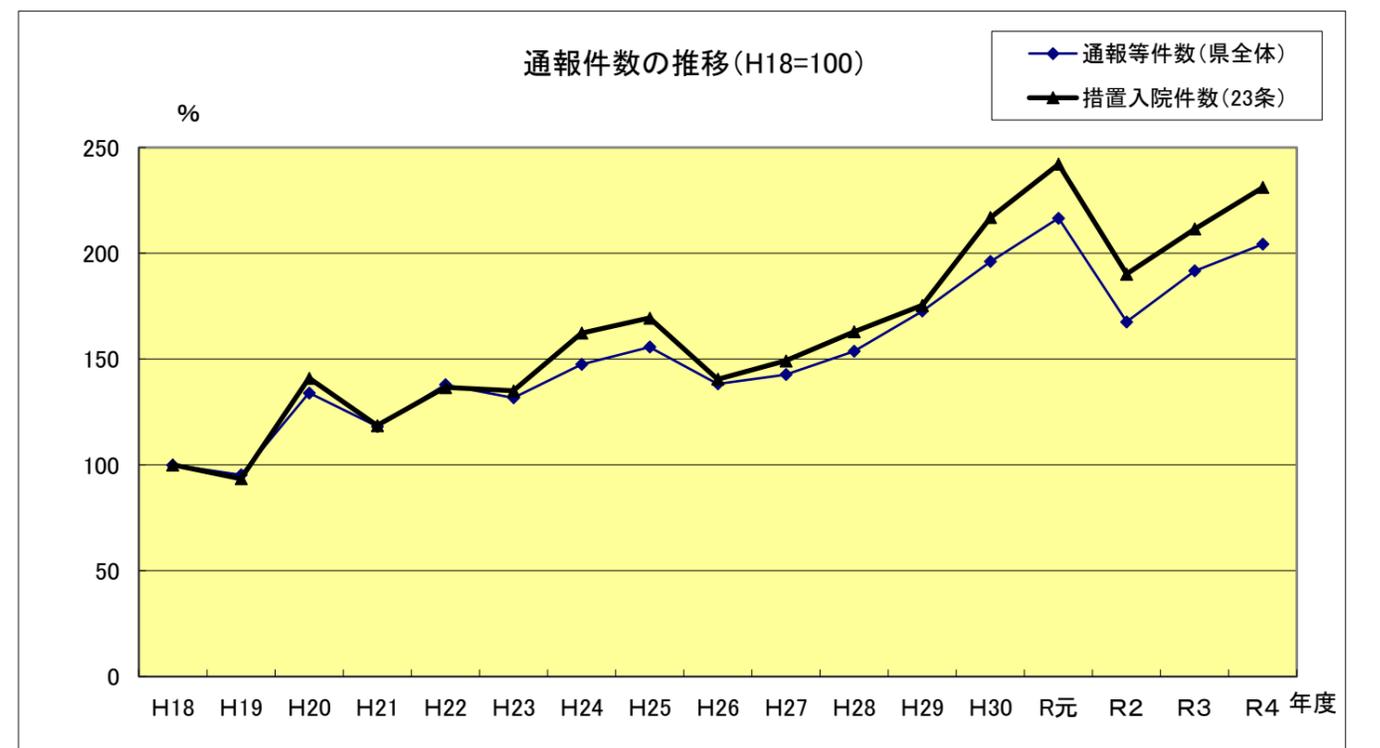
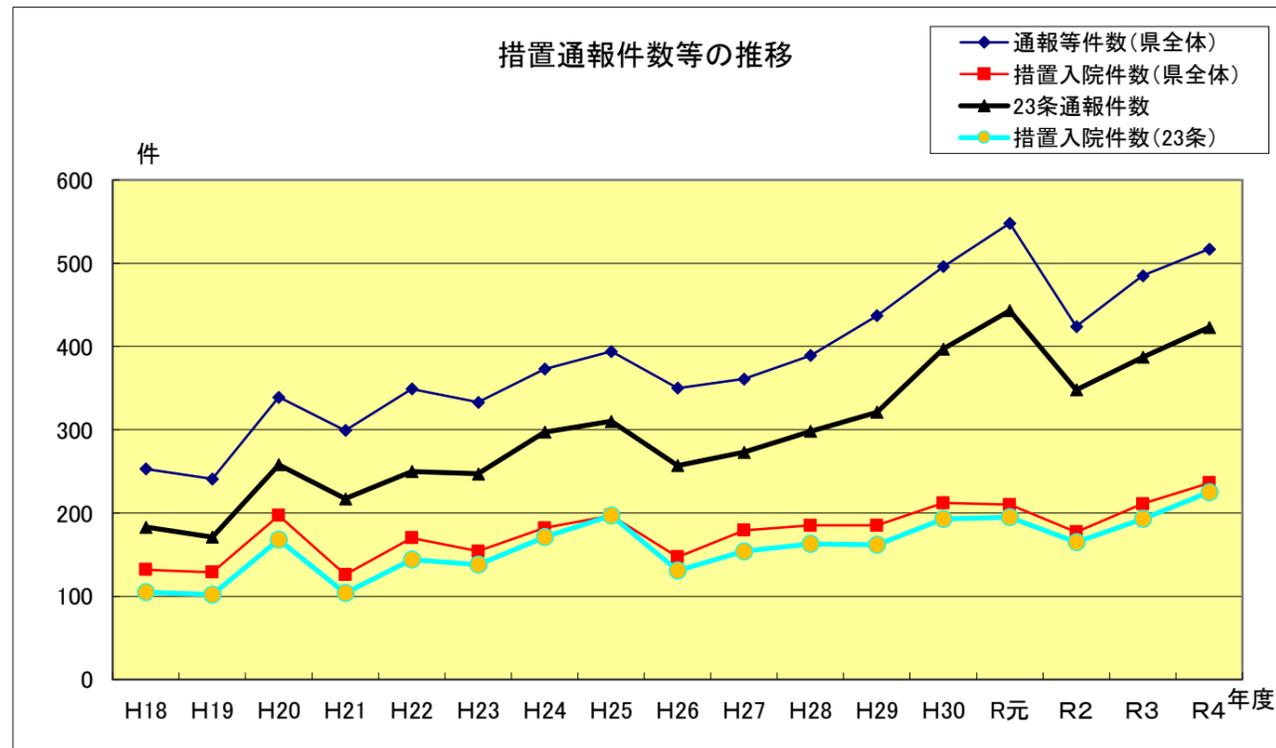
名称	電話番号	対応時間
精神保健福祉センター (心の健康に関する相談等)	026-266-0280	平日8:30~17:15
こころの健康相談統一ダイヤル (自殺予防)	0570-064-556	平日9:30~16:00
心の電話相談 (とにかく話を聞いてほしい)	026-217-1680	平日9:30~16:00

その他

名称	電話番号	対応時間
よりそいホットライン (暮らしの困りごと、心の悩みごと等)	0120-279-338	毎日 24時間
支援情報検索サイト (どこに相談したらいいかわからない時、地域別、方法別、悩み別に相談窓口を検索することができます)	http://shienjoho.go.jp/	

長野県における措置申請通報件数等の推移

区分		H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
県全体	申請通報件数	253	241	339	299	349	333	373	394	350	361	389	437	496	548	424	485	517
	H18=100	100	95.3	134.0	118.2	137.9	131.6	147.4	155.7	138.3	142.7	153.8	172.7	196.0	216.6	167.6	191.7	204.3
	診察実施件数	177	167	260	194	241	236	266	295	230	261	283	321	365	374	293	347	363
	措置入院件数	132	129	197	126	170	154	182	197	147	179	185	185	212	210	177	211	236
うち 23条通報	申請通報件数	183	171	258	217	250	247	297	310	257	273	298	321	397	443	348	387	423
	(23条通報率)	72.3%	71.0%	76.1%	72.6%	71.6%	74.2%	79.6%	78.7%	73.4%	75.6%	76.6%	73.5%	80.0%	80.8%	82.1%	79.8%	81.8%
	H18=100	100	93.4	141.0	118.6	136.6	135.0	162.3	169.4	140.4	149.2	162.8	175.4	216.9	242.1	190.2	211.5	231.1
	診察実施件数	147	137	223	167	206	215	251	295	210	230	261	292	339	353	279	325	350
	措置入院件数	105	102	168	104	144	138	171	197	131	154	163	162	193	195	165	193	225



地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン(概要)

I 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨

- 各自治体が、その体制を整備しつつ、可能な範囲で積極的に退院後支援を進められるよう、現行法下で実施可能な、自治体を中心とした退院後支援の具体的な手順を整理。
- 精神障害者が退院後にどこの地域で生活することになっても医療、福祉、介護、就労支援などの包括的な支援を継続的かつ確実に受けられるようにすることを目的として実施(法第47条の相談支援業務の一環)

II 退院後支援に関する計画の作成

1 支援対象者、本人・家族その他の支援者の参画

- 作成主体の自治体が、自治体を中心となって退院後支援を行う必要があると認めた者のうち、同意が得られた者。
※ 措置入院者のうち退院後支援を実施する必要性が特に高い者から支援対象とすることも可。医療保護入院者等に作成することも可。
※ 同意が得られない場合は、計画は作成しない。
- 本人と家族その他の支援者が支援内容を協議する会議(以下「会議」という。)への参加など計画作成に参画できるように十分働きかけ。

2 計画作成の時期

- 原則、入院中に作成。ただし、入院期間が短い場合等は退院後速やかに作成。
- 措置入院の場合、措置症状が消退しているにもかかわらず、計画に基づく支援について本人の同意が得られないことや、計画作成に時間を要していることを理由に措置入院を延長することは法律上認められない。

3 計画の内容

◆ 計画の記載事項(主要事項)

- ・ 退院後の生活に関する本人の希望 ・ 家族その他の支援者の意見
- ・ 退院後支援の担当機関、本人のニーズ・課題、支援内容、連絡先
- ・ 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針 ・ 計画に基づく支援を行う期間 等

◆ 計画に基づく支援期間

- 本人が希望する地域生活に円滑に移行できるための期間として、地域への退院後半年以内を基本として設定。
- 延長は原則1回(本人同意が必要)。1年以内には計画に基づく支援を終了して本人が地域生活を送れるよう努力。

4 会議の開催

◆ 参加者

- ① 会議には、本人と家族その他の支援者の参加が原則。

※例外的に参加しない場合も、事前又は事後に、これらの者の意向を確認する機会を設けるなどの対応を行う。

- ② 本人が、弁護士等を成年後見人や代理人として参加させることを希望する場合は、これらの者を参加させる。

地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン(概要)

II 退院後支援に関する計画の作成(続き)

③ 支援関係者(=支援対象者の退院後の医療等の支援の関係者)

- ・ 作成主体の自治体 ・ 帰住先の市町村
- ・ 入院先病院 ・ 通院先医療機関 ・ 措置入院前の通院先医療機関 ・ 訪問看護ステーション
- ・ 地域援助事業者その他の障害福祉サービス、介護サービス事業者 ・ NPOなどの支援者、民生委員 等

※ 防犯の観点からの警察の参加は認められず、警察は参加しない。例外的に支援を目的に参加を検討する場合も、本人が拒否した場合は参加は不可。

◆ 開催方法、開催場所

- 電話やインターネット回線等を活用して協議を行うことも可。本人の入院中は原則として入院先病院内で開催。

◆ 会議の事務に関して知り得た情報の管理

- 設置主体は、会議の事務に関して知り得た情報の適正な取扱いについて支援関係者にあらかじめ説明し、各支援関係者から当該取扱いを遵守する旨の同意を文書で得る。

5 入院先病院の役割(自治体に協力し、以下の対応を行うことが望ましい。)

- ①退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者の選任(措置入院先病院)
- ②退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施 ③計画に関する意見等の提出 ④会議への参加 等

III 退院後支援に関する計画に基づく退院後支援の実施

1 帰住先保健所設置自治体の役割、各支援関係者の役割等

- 帰住先保健所設置自治体は、計画に基づく相談支援を行うとともに、支援全体の調整主体としての役割を担う。

2 計画の見直し

- 自治体は、本人・家族等が希望した場合や、本人の病状や生活環境の変化等に応じて支援内容等を見直す必要がある場合には、速やかに計画の見直しを検討。

3 支援対象者が居住地を移した場合の対応

- 自治体は、支援期間中に本人が居住地を移したことを把握した場合には、本人の同意を得た上で、移転先自治体に計画内容等を通知。移転先自治体は、速やかに、本人の同意を得た上で計画を作成。

4 計画に基づく支援の終了及び延長

- 支援期間が満了する場合は原則支援を終了。支援終了後も、必要に応じて法第47条に基づく一般的な相談支援を実施。
- 例外的に延長する際は、会議を開催し、本人・家族等に丁寧に説明の上、本人の同意を得る。

5 本人が交付された計画に基づく支援への同意を撤回した場合の対応

- 計画の交付後に、本人から支援への同意を撤回する旨の意向が示された場合は、必要に応じて計画内容を見直す等、本人の意向を踏まえた計画となるよう対応。
- こうした対応を行っても計画に基づく支援に同意が得られない場合は、計画に基づく支援を終了。

災害派遣精神医療チーム体制整備事業

保健・疾病対策課

1 目的

県内外における大規模自然災害や大規模事故災害等の発生時において、被災地域の精神保健医療機能の一時的低下や災害ストレス等による精神的問題の発生などにより増加する精神保健医療ニーズに対し、精神科医療の提供や心のケア活動の支援などを行う災害派遣精神医療チーム（以下「DPAT」という。）体制の強化を図ることにより、災害時における精神科医療・精神保健活動支援体制の整備及び危機管理体制の充実を図る。

2 根拠

防災基本計画（中央防災会議）、災害派遣精神医療チーム活動要領（厚生労働省）

3 事業内容

（1）DPAT運営会議

医療、行政、関係機関の代表による運営会議を設置し、研修の企画、活動マニュアル等諸規程の見直し、情報交換、派遣後におけるDPAT活動の評価等を行い、災害時におけるDPAT活動の実効性を担保する。

（2）DPAT研修

大規模災害発生時にDPATとして活動するには、活動理念、活動内容、被災住民への対応等基本的な知識や支援方法を修得する必要がある。また、熊本地震災害に派遣するDPATには研修修了者が含まれることが求められた。このため、県と協定を締結したDPAT登録医療機関や登録を希望する医療機関を対象に、DPATの質の向上及び維持を図るための研修を実施する。

4 令和3～5年度の主な取組み

（1）DPAT登録医療機関の追加

（R3）令和4年1月1日付けで栗田病院を追加し、登録医療機関が計6医療機関に増加。

（2）長野県DPAT研修会の開催

（R3）令和3年9月5日（日）オンライン開催。6医療機関から52名が参加。

（R4）令和5年3月19日（日）オンライン開催。6医療機関等から46名が参加。

（R5）令和5年9月7日（木）：第1部、15日（金）：第2部 オンライン開催
23日（土）：第3部 集合開催 計44名が参加。

（3）長野県総合防災訓練への参加

（R3）令和3年11月14日に駒ヶ根市で行われた訓練に初参加。（参加：5病院、5チーム）

（R4）令和4年10月23日に松本市で開催。（参加：6病院、6チーム）

（R5）令和5年10月22日に中野市で開催。（参加：6病院、6チーム）

（4）DPAT運営会議の開催

（R3）令和4年1月24日（月）書面開催。個人情報等の取扱いについて整理。

（R4）令和5年3月22日（水）書面開催。DPAT設置運営要綱の一部改正について

（R5）開催調整中

5 令和5年度予算額

847千円（令和4年度 664千円）

長野県DPATの体制について

1 DPAT統括者（発災時に県庁DPAT調整本部で活動を統括する者）

(1) 統括者数：3名

(2) 統括者氏名等 (敬称略)

氏名	所属
埴原 秋児	長野県立こころの医療センター駒ヶ根 院長
矢崎 健彦	長野県精神保健福祉センター 所長
村田 志保	栗田病院 副院長

2 DPAT登録医療機関

(1) 登録医療機関数：6 医療機関（県と病院で協定を締結）

(2) 派遣可能チーム数：7 チーム

(3) 構成員：医師、看護師、業務調整員（精神保健福祉士、薬剤師、臨床検査技師等）

(4) 登録医療機関詳細（R5.10.1 現在）

医療機関名	派遣可能チーム数		医療圏	登録年月日
		うち先遣隊※		
県立こころの医療センター駒ヶ根	2	1	南信	H30.4.1
北アルプス医療センターあづみ病院	1	-	中信	
北信総合病院	1	-	北信	
小諸高原病院	1	-	東信	R2.3.1
信州大学医学部附属病院	1	-	中信	
栗田病院	1	-	北信	R4.1.1
合計	7	1	-	-

※先遣隊：発災後 48 時間以内に活動できる、国の専門研修を受けた隊員で構成するチーム

てんかん医療提供体制整備事業

保健・疾病対策課

1 目的

本県において「てんかん支援拠点病院（以下、「拠点病院」）」を整備することにより、専門的な相談支援、他の医療機関、自治体等や患者の家族との連携を図るほか、治療や相談支援等に携わる関係機関の医師に対し、てんかんの助言・指導や地域における普及啓発等を進め、てんかん診療における地域連携体制を強化する。

本県のてんかん診療の課題や対策等を整理するために、てんかん診療・支援体制検討会議を開催し有識者等から意見を聴取する。

2 事業内容

(1) てんかん支援拠点病院事業

信州大学医学部附属病院を拠点病院に指定し、以下の業務を委託する。

- ア てんかん患者及びその家族への専門的な相談支援及び治療
- イ 県内の医療機関等への助言・指導
- ウ 関係機関（県内の医療機関、市町村、公共職業安定所等）との連携・調整
- エ 医療従事者、関係機関職員、てんかん患者及びその家族に対する研修の実施
- オ てんかん患者及びその家族、地域住民等へ普及啓発
- カ てんかん治療医療連携協議会の運営
- キ てんかん治療医療連携協議会で定める指標に必要な数値等の集計・整理
- ク その他てんかん対策に必要な事項

(2) てんかん診療・支援体制検討会議

本県におけるてんかん対策や診療の課題・あり方等について整理するとともに、てんかん患者の就労や運転免許等の問題など支援体制全般について意見を聴取するため、有識者等による検討会議を開催する。

- ア 開催回数 1回
- イ 構成員数 8名 医療関係者（てんかん専門医、精神科医、神経内科医、県医師会等）、当事者代表、家族代表）

3 令和5年度の主な取組み

- (1) てんかん県民講座の開催（主催：拠点病院）
令和5年6月25日（日）ハイブリット開催。（参加者188名：内オンライン115名）
てんかんに関して広く一般県民向けに普及啓発。
- (2) てんかんかかりつけ医研修（共催：拠点病院・県）
令和6年1月21日（日）オンライン開催予定。
てんかん専門医を講師とし、診断や処方、患者が利用できる福祉サービス等を講義する。
- (3) てんかん診療・支援体制検討会議の開催
令和6年2月頃 オンライン開催予定。
- (4) てんかんを広く啓発するため、3月のパープルデーに松本城を紫色にライトアップする。

4 令和5年度予算額

2,846千円（令和4年度 2,508千円）

依存症対策事業

保健・疾病対策課

1 目的

依存症の発生予防から早期治療、支援、再発予防に至る対策を推進し、依存症の問題を抱える人やその家族が、安心して暮らすことのできる社会の実現を目指す。

2 根拠法令等

アルコール健康障害対策基本法、再犯防止推進法、ギャンブル等依存症対策基本法

3 事業内容

(1) アルコール健康障害対策推進会議

地域の医療、福祉、介護、当事者、事業者、行政等の幅広い分野の関係者により、長野県依存症対策推進計画を策定する。

また、アルコール依存症患者が身近な地域で適切な医療を受けられるよう、信州保健医療総合計画で目標設定している専門医療機関及び治療拠点機関の選定を行う。 構成員 12名

(2) かかりつけ医アルコール健康障害対応研修

かかりつけ医（内科等）とアルコール専門医療機関の医療連携充実のため、かかりつけ医向けのアルコール健康障害対応研修を開催する。

(3) 依存症に関する問題に取り組む民間団体支援事業

アルコール関連問題、薬物依存症に関する問題、ギャンブル等依存症に関する問題に取り組む民間団体支援事業

令和5年度：アルコール1団体、薬物2団体、ギャンブル等1団体から申請あり

(4) 依存症専門医療機関・相談員等全国会議

各地域の依存疾患等の状況や課題、相談の現状や課題などの情報共有を目的とする全国会議に、依存症専門医療機関・相談拠点が出席することで、資質向上を目指す。

4 上記の以外の令和5年度の主な取組

- ・ 依存症対策等推進会議の開催予定（ギャンブル等）
- ・ 「依存症相談拠点」（長野県精神保健福祉センター：H30.4～）
 - 〔 電話、面接相談の実施（当事者本人、家族への対応）
長野県版依存症治療・回復プログラムを活用したグループ学習の開催
研修会の開催（ギャンブル等依存症、CRAFTなど） など 〕
- ・ 依存症専門医療機関（アルコール健康障害）の選定（5病院を選定）
- ・ 長野県依存症対策推進計画を策定

5 令和5年度予算額

859千円（令和4年度 1,331千円）

依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について

長野県健康福祉部保健・疾病対策課

1 趣旨

依存症患者が地域で適切な医療を受けられる体制を整備するため、アルコール健康障害、薬物依存症及びギャンブル等依存症のそれぞれについて、都道府県ごとに依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関を選定することとされている。

○依存症対策総合支援事業実施要綱（「依存症対策総合支援事業の実施について」（平成29年6月13日障発0613第2号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

「①医療提供体制

依存症患者が適切な医療を受けられるようにするため、別に定める基準に基づく、依存症に関するそれぞれの専門医療機関の選定及び医療機関間の連携方法等について協議する。なお、都道府県又は指定都市において選定された専門医療機関のうち治療拠点となる医療機関を1カ所又は複数箇所選定し専門医療機関の連携の拠点とすること。」

○依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について（平成29年6月13日障発0613第4号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

「(1) 都道府県等において、別紙の選定基準を満たす依存症専門医療機関を選定し、選定した依存症専門医療機関のうち、依存症治療拠点機関を1箇所又は複数箇所選定する。」

2 長野県における整備の状況

(1) 依存症治療拠点機関について

依存症専門医療機関のうち、全県対象の情報発信や研修を行うなど連携の拠点となる医療機関

精神医療圏域	医療機関名（所在地）	対応する依存症・選定日		
		アルコール	薬物	ギャンブル
全 県	こころの医療センター駒ヶ根 (駒ヶ根市)	○ R2.1.1	○ R2.7.1	○ R2.7.1

(2) 依存症専門医療機関について

国が定める基準をみたす専門性の高い依存症治療を行う医療機関

- ・令和5年度、新たに5医療機関を依存症専門医療機関(アルコール健康障害)に選定した。

精神医療圏域	医療機関名（所在地）	対応する依存症・選定日		
		アルコール	薬物	ギャンブル
南 信	こころの医療センター駒ヶ根 (駒ヶ根市)	○ R2.1.1	○ R2.7.1	○ R2.7.1
東 信	小諸高原病院（小諸市）	○ R4.4.1	○ R4.7.1	○ R4.4.1
	千曲荘病院（上田市） 信濃病院（東御市）	○ R5.6.1		
中 信	城西病院（松本市） 村井病院（松本市）			
	北 信			

- ・今後も国の基準を満たし、選定の意向がある医療機関の選定を順次進めていく。

長野県依存症対策推進計画の策定について

1 課題

依存症は、早期の支援や適切な治療により、回復等が十分可能な疾患である。

そのためには早期発見、早期治療が重要であるが、患者本人や家族が依存症であるという認識を持ちにくいという特性や、どこで専門的な医療が受けられるかわかりにくいといった状況から、必要な支援や医療が受けられなかったり、治療の開始が遅くなることが指摘されている。

2 都道府県アルコール健康障害対策推進計画の策定について

長野県・・・平成 29 年度策定済み（平成 30 年 3 月）

- ・都道府県は都道府県計画を策定し、少なくとも 5 年ごとに検討を加え、必要があると認めるときにはこれを変更するよう努めなければならない。
- ・国の基本計画（第 2 期）を基本としつつ、当該都道府県におけるアルコール健康障害対策の効果の評価を踏まえ、都道府県計画の策定及び必要な変更を適時に進めることが重要である。

3 長野県の策定方針

依存症は、アルコール、薬物などの「物質依存」とギャンブル、ネット・ゲーム等の行為に依存する「行動嗜癖」に大別されるが、疾病としての構造や特性は基本的に共通するとされている。

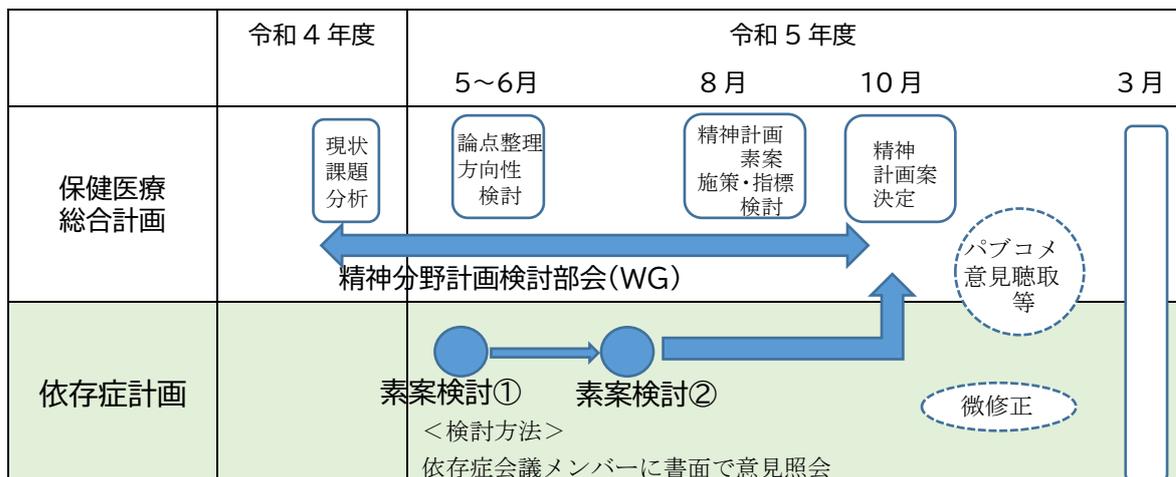
また、基本法や国の基本計画においても、ギャンブル等依存症対策と他の依存症に対する施策との有機的な連携の必要性が指摘されていることから、本県においては、依存症を一体的にとらえた依存症対策推進計画を令和 5 年度末の第 3 期信州保健医療総合計画に含む形で策定する。

(参 考)

	アルコール	薬 物	ギャンブル等	ゲーム・ネット
法律	アルコール健康障害対策基本法(H26.6)	再犯防止推進法(H28.12) 等	ギャンブル等依存症対策基本法(H30.10)	(WHO がゲーム障害を国際疾病分類に追加)
県の計画	アルコール健康障害対策推進計画(第 2 期保健医療総合計画に含む)	—	未策定(県計画策定・努力義務)	—

令和 5 年度 第 3 期保健医療総合計画の中に依存症の一体的計画として位置付け

<策定スケジュール(見込)>



長野県依存症対策推進計画の骨子について

【最終アウトカム】

→目指す姿

社会が依存症を理解し、依存症本人も家族も回復者も安心して暮らすことができる

【分野アウトカム】

→“最終アウトカム”を実現するためには、どのような状態であるべきか

- ① 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
- ② 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
- ③ 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
- ④ 依存症対策推進体制が整備されている

【中間アウトカム】

→“分野アウトカム”を実現するためには、どのような状態であるべきか

一次予防

- ① 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
 - ・ 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

二次予防

- ② 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、早期治療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、必要とする医療が受けられている

三次予防

- ③ 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る
 - ・ 回復者が必要に応じた継続的支援を受けられている

体制整備

- ④ 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

【参考】本計画における一次・二次・三次予防の対象と定義

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りつづけるための取組

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りつづけるための取組(再掲)

【個別施策】

→“中間アウトカム(◆)”を実現するための具体的な取組

一次予防

- ◆ 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
 - ・ 依存症に対する誤解や偏見の解消に向けた普及啓発
 - ・ 依存症の発生予防のための普及啓発
 - ・ 若年層への依存症教育の推進
 - ・ 不適切な誘因防止の徹底
 - ・ 適正販売・管理の徹底
 - ・ 飲酒運転防止の徹底
 - ・ 心身の健康増進の推進

- ◆ 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
 - ・ アルコール健康障害の発症リスクが高い人への普及啓発(多量飲酒者、高齢者、女性)
 - ・ 不適切な飲酒防止の徹底(20歳未満の者、妊産婦)

二次予防

- ◆ 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
 - ・ 本人や家族等が適切な支援につながるための普及啓発
 - ・ 早期発見のための健康診断及び保健指導の実施

- ◆ 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
 - ・ 依存症や依存症に関連する心身の健康障害の相談・治療
 - ・ 自助グループ及び回復支援施設による支援
 - ・ 家族支援の充実
 - ・ 就労支援
 - ・ 居住支援
 - ・ 依存症に関連する問題への対応（経済的問題、家庭問題、社会的問題）
 - ・ 回復に関する知識と支援の提供

三次予防

- ◆ 回復者に対する社会の受入体制ができている
 - ・ 自助グループ及び回復支援施設の活動支援
 - ・ 社会全体及び職場等周囲の人への理解促進
 - ・ 事業者によるアクセス制限
- ◆ 回復者が必要に応じた継続的支援を受けられている
 - ・ 回復及び再発予防のための相談支援
 - ・ 依存症や依存症に係る心身の健康障害の治療（再掲）
 - ・ 自助グループ及び回復支援施設による支援（再掲）
 - ・ 就労支援（再掲）
 - ・ 居住支援（再掲）
 - ・ 家族支援の充実（再掲）
 - ・ 心身の健康増進の推進
 - ・ 依存症専門医療機関による外来プログラム

体制整備

- ◆ 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
 - ・ 多様な関係者による包括的な支援
 - ・ 支援者の人材育成
- ◆ 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
 - ・ 圏域におけるネットワーク構築
 - ・ 依存症専門医療機関の充実・確保
 - ・ 依存症専門医療機関間の連携強化
 - ・ 依存症専門医療機関と地域診療所、自助グループ等の連携強化

長野県依存症対策推進計画 ロジックモデル（案）



依存症の種別を記号で入力
 「AL」・・・アルコール
 「薬」・・・薬物
 「GB」・・・ギャンブル等
 「他」・・・その他の依存症
 ※共通するものは記号無し

発達障がい診療体制整備事業

保健・疾病対策課

5年度 予算額	20,926 千円	国補 1/2 : 10,413 千円 一般財源 : 10,514 千円
4年度 予算額	20,967 千円	国補 1/2 : 10,433 千円 一般財源 : 10,534 千円

1 概要

本県の発達障がい者支援施策は、平成 23 年度の「発達障害者支援のあり方検討会」報告書を踏まえ、発達障がいの早期発見・早期支援、ライフステージを通じた切れ目ない一貫した支援体制の整備等を行ってきた。その結果、市町村の乳幼児期健診における M-CHAT 導入率の増加や、発達障がいサポート・マネージャーの全圏域配置による支援者支援の実施など、一定の成果を挙げてきた。

一方で、診療体制の分野に関しては、発達障がいを診療できる医師の不足や診療を敬遠する医療機関があることなどから現在でも体制の構築は十分ではなく、一部の診療機関に受診が集中し、数カ月の診療待機者が出ている。

また、住民の生活圏域内での支援体制の不足も問題となっており、療育中の対応困難事例に医学的見地からの助言が得られにくい、入園・就学時等の節目に専門の医師によるアドバイスを受けたくても医療機関が限られているなどの課題がある。

そこで、こういった課題に対応していくためにも、県として発達障がい診療に係る体制のあり方を検討するとともに、発達障がいを診療できる医師の育成、中核的診療機関による圏域や全県単位での研修等の実施等により、全県で格差なく発達障がいの診療が受けられるような地域の体制整備を行う。

2 事業内容

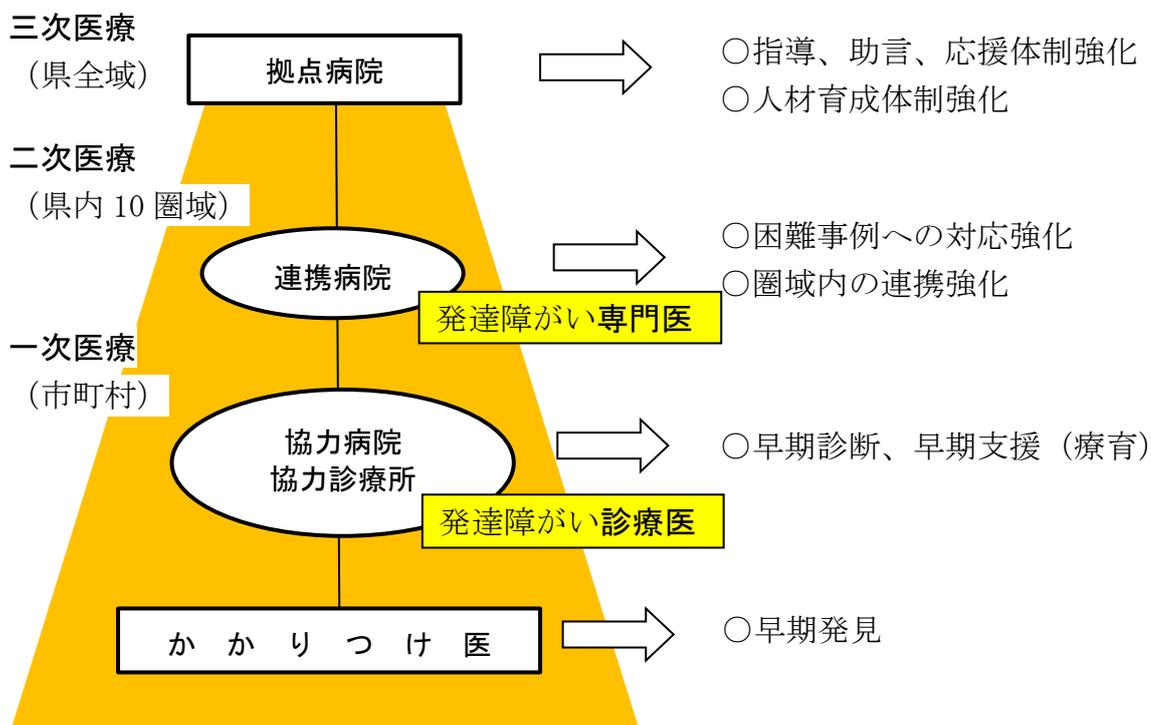
(単位：千円)

事業内容	R5 予算額	R4 予算額	差額
①発達障がい診療地域ネットワーク整備事業 圏域ごとに発達障がい診療地域ネットワーク会議を開催し、地域ごとの診療ネットワークの構築を図る	10,696	10,737	△41
②発達障がい診療人材育成事業 全県で格差なく発達障がいの診療が受けられるよう、地域の体制整備を行う	10,230	10,230	0
合 計	20,926	20,967	△41

<発達障がいの診療を行う医師の分類・役割>

分類	拠点	役割	育成
長野県 発達障がい 指導医	子どもの心の診療ネットワーク事業拠点 病院 ・信州大学医学部附属病院 ・県立こども病院 ・県立こころの医療センター 駒ヶ根	・入院治療など困難事例への総合的対応 ・診療医、専門医へのスーパービジョン ・コメディカルへのOJTや研修会実施による人材育成	
長野県 発達障がい 専門医	連携病院 (圏域基幹病院等)	発達障がいの二次医療 ・困難事例の診療 ・関連機関へのスーパービジョン	
長野県 発達障がい 診療医	協力病院 協力診療所	発達障がいの一次医療 ・診断とアセスメント ・診断書等作成 ・療育への助言 ・教育、福祉等との連携	5年で30名程度育成 (年5～7名)
長野県 発達障がい かかりつけ医	全科病院・診療所	一般的な診療 ・早期発見と紹介 ・様々な医療の提供	長野県発達障がいかかりつけ医研修 (年1回開催。 約50～80名参加)

<概要図（役割分担・施策の方向性）>



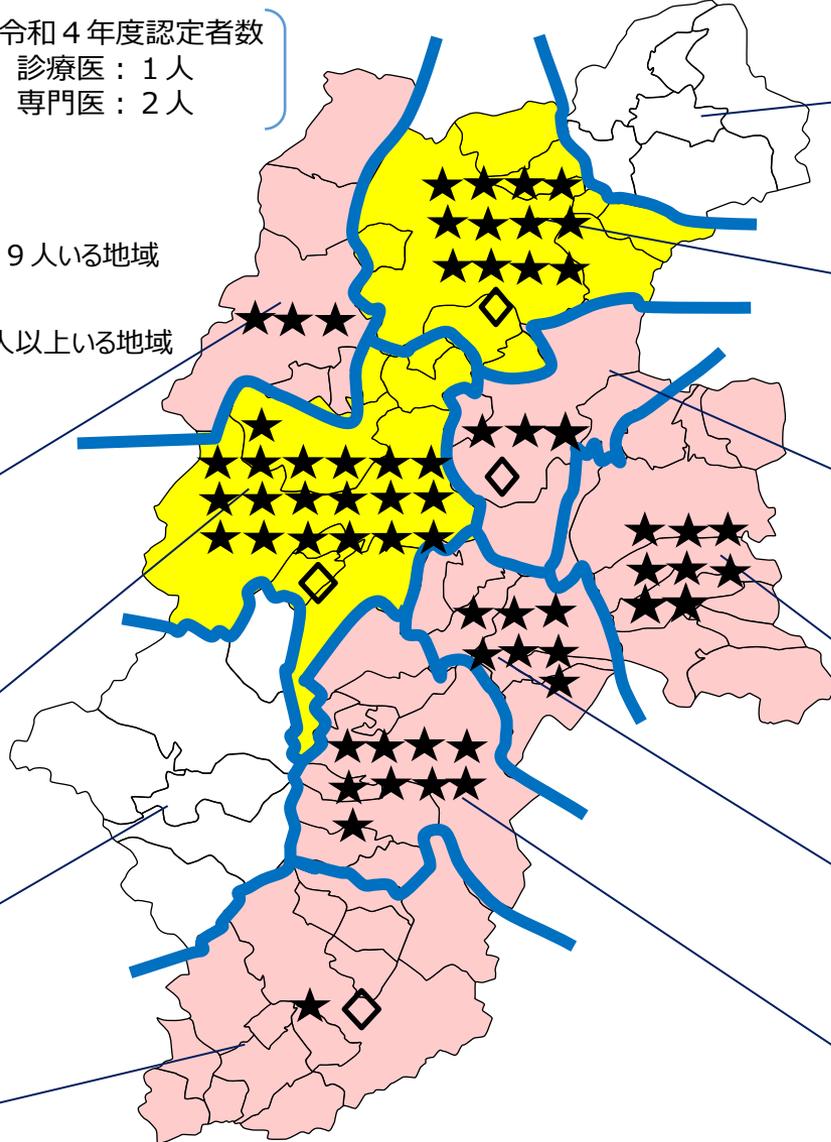


長野県発達障がい診療医・専門医圏域別認定状況

認定者数**53**人
 (令和5年4月1日現在)
 うち診療医 (◇) 4人
 専門医 (★) 49人

令和4年度認定者数
 診療医：1人
 専門医：2人

診療医・専門医が計1～9人いる地域
 診療医・専門医が計10人以上いる地域



【北信圏域】
 0人
 非常勤医師が対応

【長野圏域】 うち 【診療先】
 ★12 稲荷山
 ◇1 篠ノ井総合
 長野市民 等
 13人
 2人 (人口10万対)

【上田圏域】 うち 【診療先】
 ★3 信州上田
 ◇1 東御市民 等
 4人
 2人 (人口10万対)

【佐久圏域】 うち 【診療先】
 ★8 佐久総合
 浅間総合
 8人
 4人 (人口10万対)

【諏訪圏域】 うち 【診療先】
 ★7 信濃医療
 諏訪中央
 7人
 4人 (人口10万対)

【上伊那圏域】 うち 【診療先】
 ★9 ここ駒
 昭和伊南
 伊那中央 等
 9人
 5人 (人口10万対)

【大北圏域】 うち 【診療先】
 ★3 大町総合
 あづみ病院
 3人
 5人 (人口10万対)

【松本圏域】 うち 【診療先】
 ★19 信大
 ◇1 こども病院
 松本協立 等
 20人
 5人 (人口10万対)

【木曽圏域】
 0人
 非常勤医師が対応

【飯伊圏域】 うち 【診療先】
 ★1 飯田市立
 ◇1
 2人
 1人 (人口10万対)

※診療先が複数箇所ある医師についてはそれぞれの圏域に計上しています。
 所属がない（または医療機関でない）医師は計上していません。

2023年度（令和5年度）からの 長野県における発達障がい児・者への支援強化について

1 発達障がい者支援センターを「発達障がい情報・支援センター」に改組し機能を強化

- 「長野県発達障がい者支援センター」（令和4年度までは「精神保健福祉センター」内に設置）を委託し、新たな機能の付加・従来機能の充実により、「発達障がい情報・支援センター」に改組し抜本的に機能を強化

2 県内各圏域支援者の支援技術の向上

- 各圏域で支援者支援を担う「発達障がいサポート・マネージャー」を新センターの職員に位置付け、医学的エビデンスに基づく支援技術の向上により、各圏域の支援者への支援を強化

3 関係機関との新たな連携体制の構築

- 各圏域におけるサポート・マネージャーと発達障がい「専門医・診療医」との連携促進や教育分野（信州大学教育学部）との新たな連携を促進

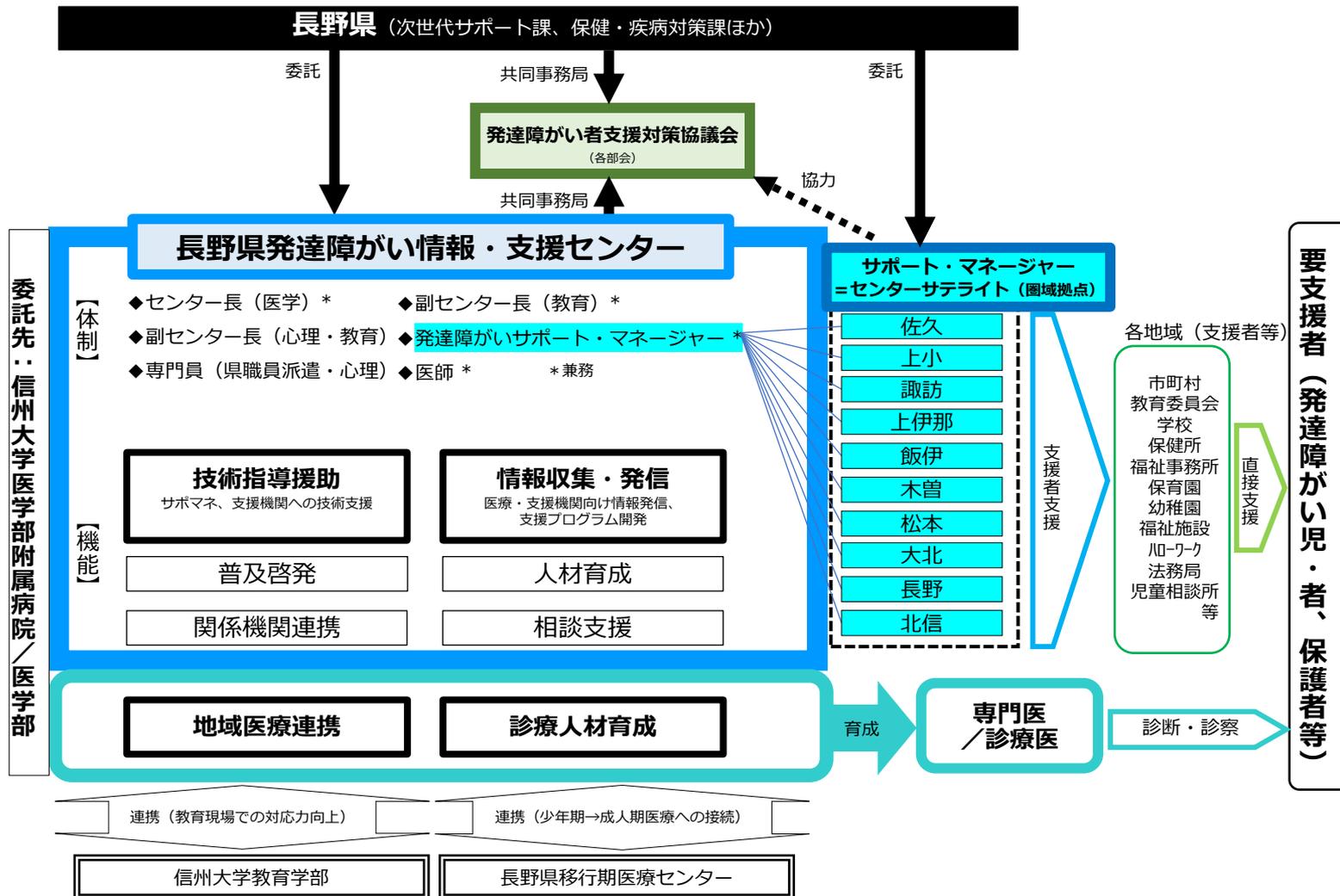
【新たな「発達障がい者支援センター」と機能強化のイメージ】

■センター、協議会、サポート・マネージャー（※センターサテライト（圏域拠点）に位置付け）を集約し、**県の支援体制の明確化と支援の一体化を実現**

■エビデンスに基づく**支援プログラムの開発と支援技術の向上**。医療・支援機関向け**情報発信**など新たな機能を付加

■診療人材の育成継続と合わせ、**各圏域で専門医・診療医とサポマネ・支援機関が連携した支援を実現**

☞医療・福祉・教育が融合し、独自情報（プログラム）も発信できる**全国初の「発達障がい情報・支援センター」**へ



自殺対策推進事業の実施状況について

保健・疾病対策課

1 第3次長野県自殺対策推進計画（H30～R4）における自殺対策

目標：2022年までに自殺死亡率を13.6以下とする（厚生労働省「人口動態統計」）
（本県の過去最低（1967年）の自殺死亡率以下にする）

【自殺者数・自殺死亡率（人口10万対）の推移】 (単位：人)

区分／年	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	
人口動態統計	合計	378	339	322	313	350	352	325	343
	男性	275	233	236	211	250	236	224	231
	女性	103	106	86	102	100	116	101	112
	自殺死亡率 (全国順位)	18.2 (21位)	16.5 (19位)	15.7 (13位)	15.4 (14位)	17.4 (35位)	17.5 (36位)	16.3 (23位)	17.3 (21位)
警察庁「自殺統計」	415	393	352	351	357	353	337	357	

（自殺死亡率の全国順位は低い順）

2 令和4年度の主な事業実績

(1) 第4次長野県自殺対策推進計画の策定

- ・概要は別紙のとおり

(2) 対面型相談事業（くらしと健康の相談会の開催）

- ・弁護士による法律相談と県保健師による健康相談を組み合わせた無料の相談会。

【R4実績】[6、9、12、3月開催：84件、105人]

(3) 人材養成事業

○ 自殺対策を目的とした研修会の開催

	事業名	日程	内 容	参加者数
①	自殺対策担当者連絡会議	4/26	新任自殺対策担当者への研修と自殺対策に係る情報交換	市町村、保健福祉事務所 35か所
②	自殺企図者支援関係者オンライン研修会	10/19	自殺未遂者に関する理解と具体的な支援スキルの向上	105名
③	自殺対策担当者研修会	11/22	新たな自殺総合対策大綱と自殺対策計画改定のポイント	36名
④	自殺対策地域関係者オンライン研修会	12/5	自殺予防教育とSOSの受け止め方スキルの向上	243名
⑤	自殺関連相談オンライン研修会	2/6	グリーフケアと自死遺族支援スキルの向上	262名

○ ゲートキーパー研修及び人材養成研修の実施

- ・行政職員、教職員、医療・福祉従事者等に対するゲートキーパーや自殺予防に関する研修会等（保健福祉事務所実施）

- ・動画によるゲートキーパー研修（警察、教職員を含む全県職員対象）
【受講者数：3,833人】

(4) 普及啓発事業

○ 啓発の実施

- ・自殺予防週間（9月）及び自殺対策強化月間（3月）
- ・御守り型リーフレット…（県内全中学校、特別支援学校に配布）
- ・リレーメッセージ動画のYouTube公開（※現在は非公開）

(5) うつ病医療連携体制強化事業

○ 精神科医とかかりつけ医の連携強化（県医師会）

- ・かかりつけ医から精神科医へ初期のうつ病等精神疾患の患者をつなぐ体制構築を図る。

(6) 市町村等支援

○ 市町村の自殺対策への補助

- ・地域自殺対策強化事業補助金：24,975千円（58市町村）
- ・新型コロナウイルス感染症セーフティネット強化事業補助金：10,991千円（10市町村）

○ 民間団体の自殺対策への補助

- ・地域自殺対策強化事業補助金：3,821千円（8団体：県医師会、県弁護士会等）
- ・新型コロナウイルス感染症セーフティネット強化事業補助金：2,961千円（長野いのちの電話）

(7) 精神保健福祉センターにおける自殺対策事業

○ こころの健康相談統一ダイヤルによる自殺に関する相談【R4相談実績：延べ674人】

○ 自死遺族支援

- ・自死遺族のための分かち合いの会「あすなろの会」を長野市内で10回開催し、延べ67名が参加。
- ・保健福祉事務所開催の交流会への職員派遣や助言。
- ・自死・自死遺族についての理解を普及啓発。

(8) 日本財団との協定「子どもの生きていくカサポートプロジェクト」に基づく取組

○協定期間・・・2019年9月14日～2023年3月31日

○主な取組・・・①子どもの自殺危機対応チームの設置による危機介入の強化

②オンライン相談窓口を記載したカードを子どもたちへ配布・周知

③学校関係者や地域で子どもの支援に関わる人へのゲートキーパー研修、支援する中で対応に困っている方の相談対応

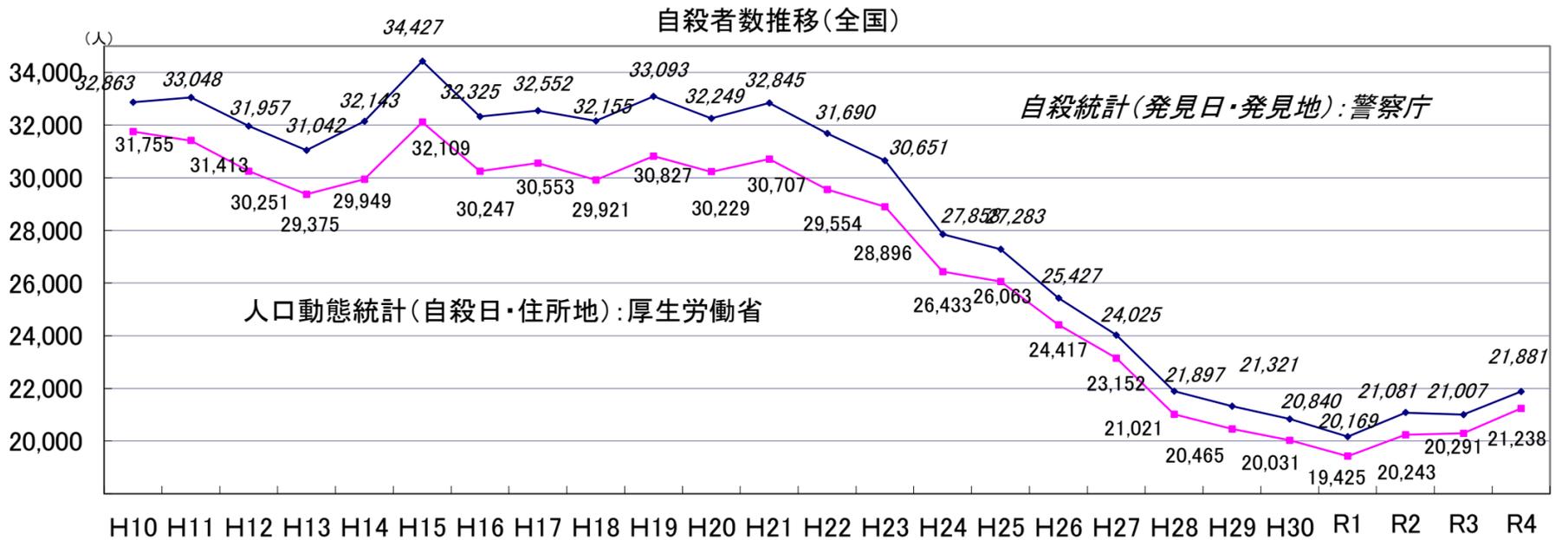
3 上記以外に、令和5年度実施した（これから実施する）主な事業

実施した	実施予定
<ul style="list-style-type: none"> ・インターネット広告を活用した自殺対策広報業務（リスティング広告等） ・子どもの自殺危機対応チームによる支援 ・街頭啓発による相談窓口の周知（9月） ・RAMPS導入 ・若者が考える生きるを支えるワークショップ 	<ul style="list-style-type: none"> ・県職員のゲートキーパー研修 ・第4次長野県自殺対策推進計画指標評価のための関係者アンケート ・生きる力を与える講演会の開催 ・自殺未遂者支援の連携体制構築に向けた、レジストリ等への調査 ・街頭啓発による相談窓口の周知（3月）

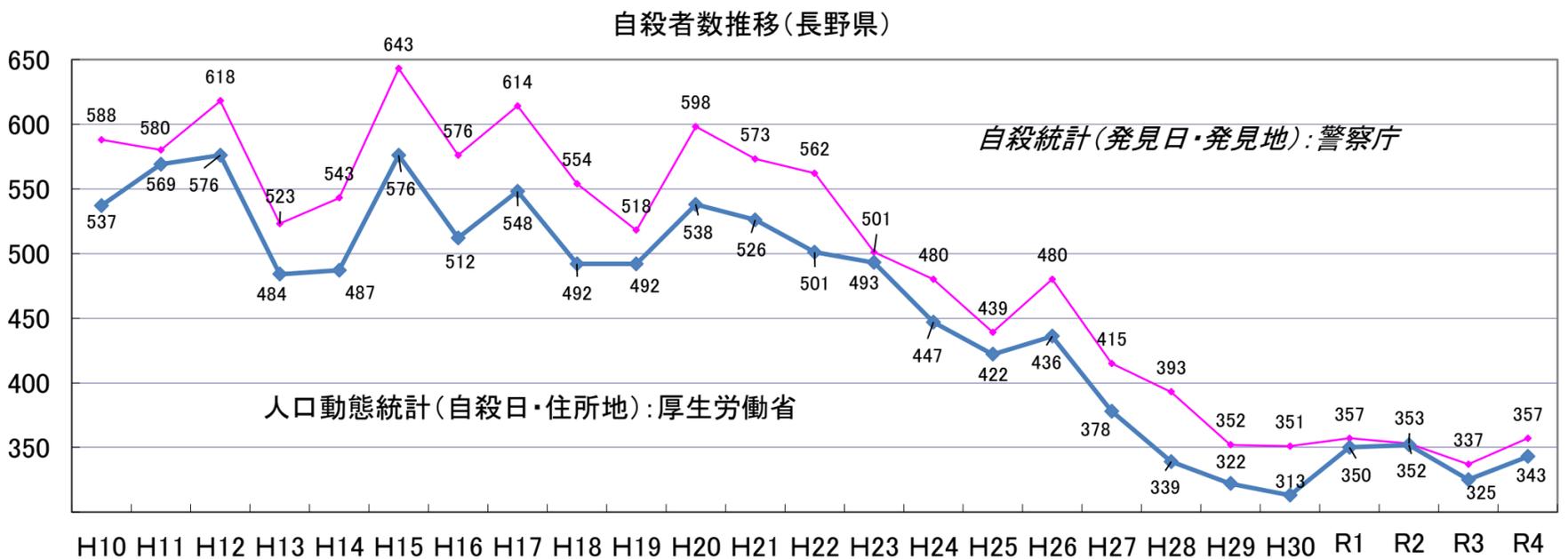
自殺者数の推移

1 自殺者数(全国・長野県)

(1) 全国



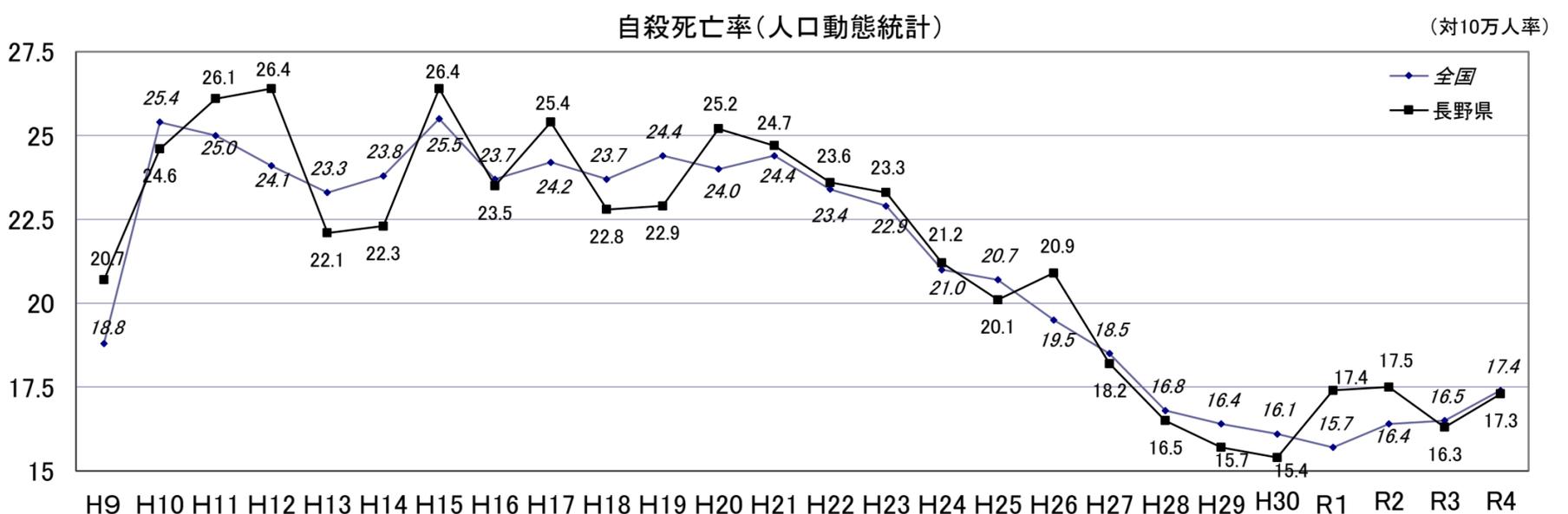
(2) 長野県



※自殺統計(警察庁)と人口動態統計(厚生労働省)の数値の違い

- 警察庁では、総人口(日本における外国人も含む)を対象としているのに対し、厚生労働省では、日本における日本人を対象にしている。
- 警察庁では、死体発見時以後の調査等によって自殺と判明したときは、その時点で計上する。厚生労働省は、自殺、他殺、事故の不明のときは「自殺以外」で処理しており、死亡診断書の作成者等から訂正のない場合は自殺に計上していない。

2 自殺死亡率(全国・長野県)



第4次長野県自殺対策推進計画の概要

これまでの取組

○第1次計画

【計画期間】平成22～24年度

☆ 対策の推進体制を整備・構築

- ・自殺予防情報センターの設置
- ・全圏域で定期的相談会を開催
- ・自死遺族交流会の拡大実施等

○第2次計画

【計画期間】平成25～29年度

☆ 市町村等と連携し、対策を拡大

- ・年5,000人超のゲートキーパー養成
- ・支援関係者向けの研修を充実
- ・民間団体との連携事業の実施等

○第3次計画

【計画期間】平成30～令和4年度

☆ 全庁的な取組の推進、生きることの包括的な支援

- ・対応の段階に応じた対策
- ・実践と啓発を両輪とする対策
- ・役割の明確化と連携・協働の推進等

○「子どもの自殺ゼロ」を目指す戦略

【計画期間】平成31～令和4年度

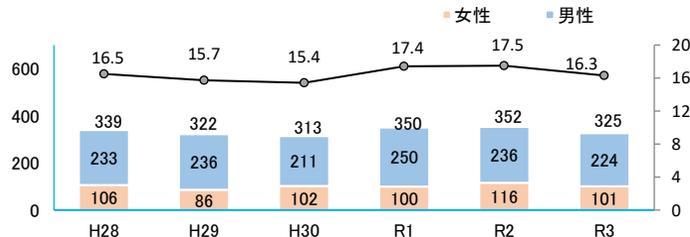
☆ 危機介入、予防策、生き心地の良い地域づくりによる自殺対策

- ・子どもの自殺危機対応チームの設置
- ・「SOSの出し方に関する教育」の推進
- ・多様な居場所づくりの推進等

本県の自殺の現状

○自殺者数・自殺死亡率の推移

・ H28以降1日約1人のペースで自殺が発生



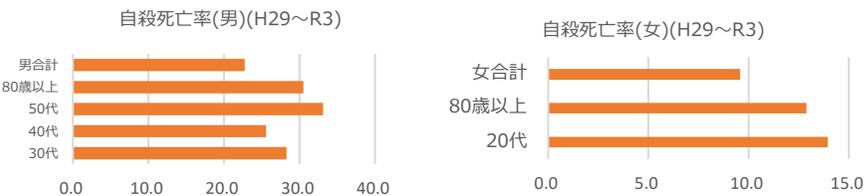
○若者

- ・ 15歳～30代の死亡原因：自殺が1位
- ・ 20歳未満の自殺死亡率が高い（全国ワースト2位）
（H29～R3 5年平均 県：4.26、全国：3.18）



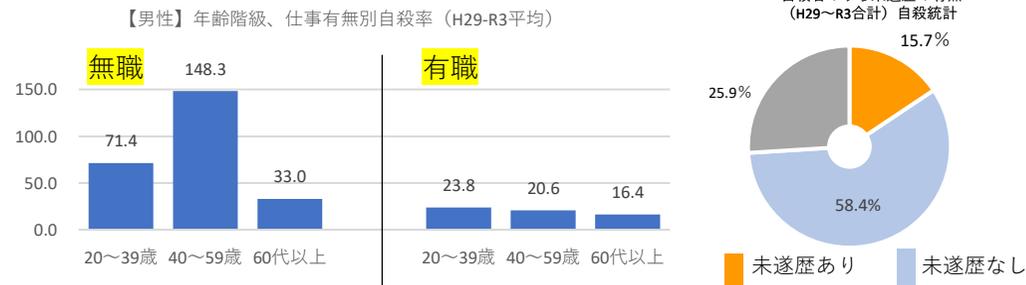
○男女

- ・ 男 30～50代の自殺死亡率が高い
80代以上の自殺死亡率が高い
- ・ 女 20代の自殺死亡率が高い



○その他

- ・ 職業の有無…自殺死亡率：無職者>有職者。特に無職の中高年男性
- ・ 未遂者…自殺者のうち未遂歴がある者が15%強



第4次長野県自殺対策推進計画

～「誰も自殺に追い込まれることのない信州」を目指して～

【計画期間】令和5年度(2023年度)～
令和9年度(2027年度)【5年間】

数値目標

- **自殺死亡率(人口10万対) 12.2以下**
・国目標 13.0以下 (R8)
- **20歳未満の自殺 ゼロ**

施策の体系

基本方針

基本施策

【自殺対策の基盤的な取組】

重点施策

【自殺ハイリスク層に焦点を絞った取組】

低 自殺のリスク 高

様々な生きる支援関連施策

【県事業の様々な分野における生きることの包括的な支援の取組】

基本方針

○ 「生きることの包括的な支援」としての対策

- ・自殺はその多くが追い込まれた末の死である
- ・その多くが防ぐことができる社会的な問題である

○ 関連施策との有機的な連携を強化した全庁的取組

- ・生活困窮者自立支援制度、孤独・孤立対策、子どもへの支援策、地域共生社会の実現に向けた取組、発達障がい等障がい者支援施策等

○ 対応の段階に応じたレベルごとの対策の効果的な連動

- ・事前対応・危機対応・事後対応

○ 実践と啓発を両輪とする対策

- ・自殺は「誰にでも起こり得る危機」という認識の醸成

○ 関係者及び県民の役割の明確化とその連携・協働・共創

- ・行政機関、関係団体、民間団体、企業、県民等

○(新) 自殺者等の名誉及び生活の平穩への配慮

○(新) 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた配慮

基本施策

○ 市町村等への支援強化と地域のネットワーク構築

- ・市町村や関係機関への支援と連携

○ 自殺対策を支える人材の育成

- ・早期発見のためのゲートキーパーの養成
- ・自殺対策に関する人材の確保と資質の向上

○ 自殺対策に関する情報提供・理解促進

- ・自殺対策の適切な情報提供と理解促進
- ・適切な自殺報道の促進

○ 生きる支援に関する県事業の推進

- ・様々な背景を持つ人への「生きる支援」

○ 効果の進捗確認

重点施策

○(拡) 子ども

- 子どもたちが生き生きと暮らすための支援
 - ・子どもの居場所づくり
 - ・子どもたちの生きる力を高めるための支援
- 自殺のリスクを抱えた子どもを支える体制の構築
 - ・自殺のリスクが高まることを予防する取組
 - ・自殺のリスクが高い子どもへの危機介入 等

○ 生活困窮者

- 生活困窮者を支える仕組みの構築
 - ・地域の支援者とのネットワークの構築
 - ・生活困窮に関する相談の実施 等

○ 働き盛り世代

- 職場環境の改善
 - ・職場におけるメンタルヘルスの推進・ハラスメント防止への支援
 - ・長時間労働の是正への支援
 - ・労働に関する相談の実施 等

○(新) 自殺未遂者

- 自殺未遂者や家族を支える仕組みの構築
 - ・自殺未遂者の精神科医療へのつなぎ
 - ・自殺未遂者を支援するネットワークの構築
 - ・自殺未遂者やその家族等への相談体制の充実 等

様々な生きる支援関連施策

- 既存の研修等と連携した生きる支援(自殺対策)の推進
- 気づきのための人材育成(ゲートキーパー研修の受講推奨)
- 包括的な生きる支援の情報(相談先一覧等)の提供
- 様々な分野での啓発の機会を活用した自殺対策の理解促進

- あらゆる分野での広報・啓発の強化
- 調査・分析結果の活用
- 既存の生きることの包括的な支援の継続
- その他、様々な「生きる支援」との連動

子ども等自殺対策強化事業

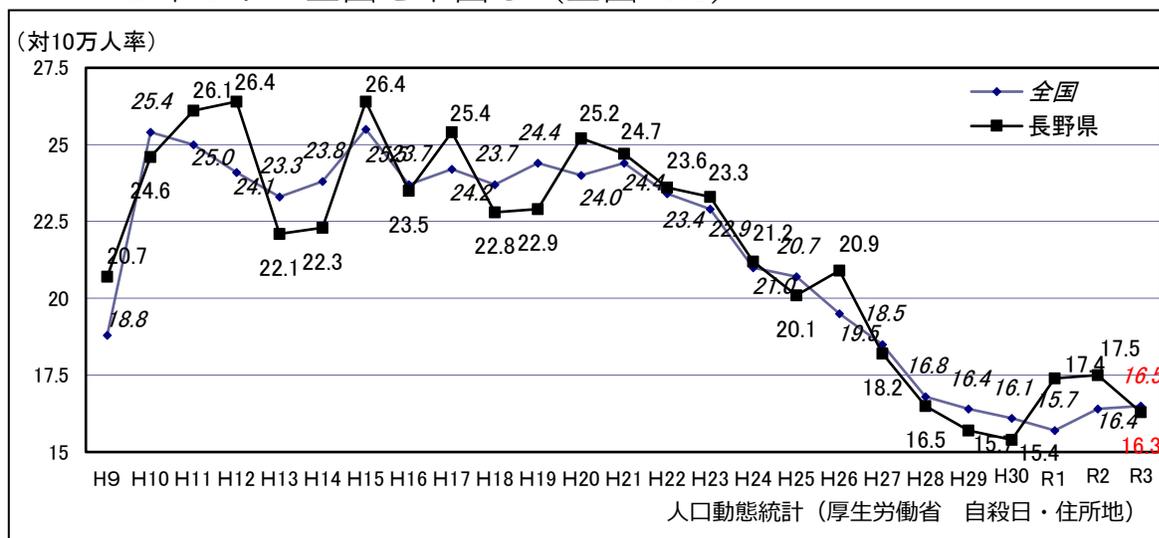
1. 目的 ・ 20歳未満の自殺死亡率をゼロに近づける。 ・ 自殺未遂者への支援を強化する。

2. 現状 本県の自殺者数・自殺死亡率は、令和元年以降増加に転じていたが、令和3年は減少した。

【令和3年（本県） 自殺者数：325人、自殺死亡率（人口10万人対）：16.3】

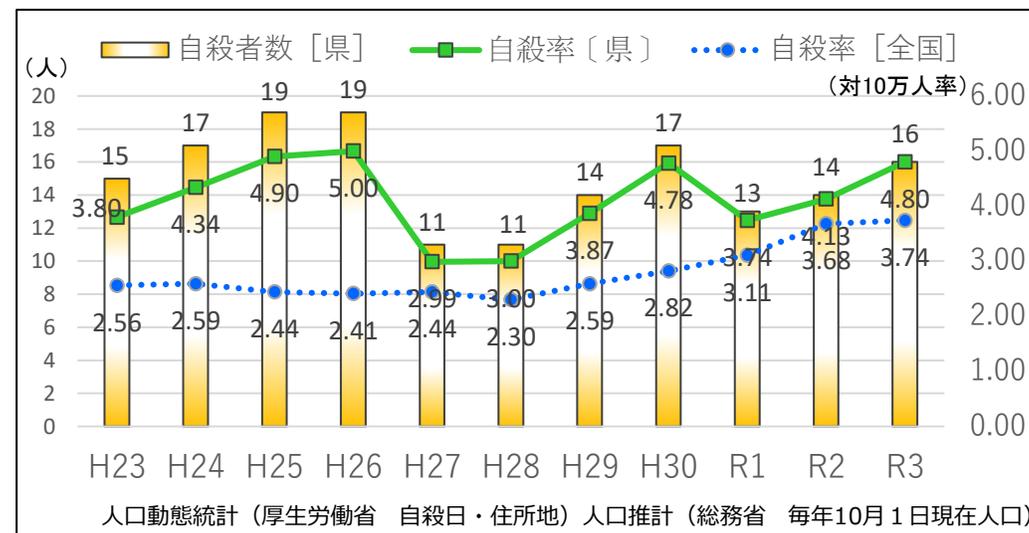
① 自殺の状況（全体）

- ・ 令和3年の自殺死亡率は16.3（前年比△1.2）
- ・ 3年ぶりに全国を下回る（全国16.5）



② 自殺の状況（20歳未満）

- ・ 令和3年の自殺死亡率は4.80（全国ワースト6位）
- ・ 平成29～令和3年までの平均自殺死亡率は4.26（全国ワースト2位）



③ 自殺未遂者の状況

- ・ 自殺者のうち自殺未遂歴のある者の割合は2割強（令和3年）



3. 課題 ・ 未成年者に対し、隠れたハイリスク者の拾い上げ及び地域と連携したハイリスク者支援を行うなど、より効果的な自殺対策の取組を進めることが必要。

・ ハイリスク者への支援と併せて生きる促進要因を向上させる取組も進めていくことが必要。

・ 自殺未遂者支援のための精神科医療や地域の支援機関との連携の構築を図ることが必要。

・ 自殺未遂者支援のための精神科医療や地域の支援機関との連携の構築を図ることが必要。

子ども等自殺対策強化事業【362,620千円（うち重点経費：22,927千円）】

4. 施策

・健康福祉部事業 ・教育委員会事業 ・健康福祉部、教育委員会 連携事業

低

リスクの抑制

⑧ 相談力向上事業【11,000千円】

自殺予防に関する知識等に関するワークショップを実施

SST（ソーシャルスキルトレーニング）【730千円】

対人関係や集団行動を営む技能習得のため講師を派遣

SOSの出し方に関する教育【279千円】

自らの悩みを適切に表現できるための教育を実施

教職員向け予防研修【231千円】

自殺の現状や学校現場での対応実践を学ぶ研修を実施

生きる促進要因の向上

⑨ 若者との共創によるワークショップ【204千円】

県内中高生・大学生等を対象に、効果的な自殺対策等を考えるワークショップを開催

⑩ 子どもたちに生きる力を与える講演会【646千円】

県内中学生を対象に、オリンピック等で活躍したアスリート等による講演会を実施

自殺リスク

リスクの察知・相談

アセス【0千円】

生活満足感や学習適応等を測定・分析

⑪ RAMPS【2,177千円】

自殺のリスクを評価

⑫ リスティング広告【4,900千円】

ネットで検索された悩みに応じた相談窓口を表示

⑬ LINE相談(ひとりで悩まないで@長野)【10,580千円】

学校や友だちのことなどをLINEで相談できる窓口を開設

リスクへの支援

⑭ スクールカウンセラー(SC)事業【204,446千円】

児童生徒の不安等に対応するためSC（111人）を配置

⑮ 子どもの自殺危機対応チーム【15,000千円】

多職種の特任家で構成されたチームによる支援者支援

⑯ 自殺未遂者支援のためのネットワーク構築の検討【4,056千円】

救急搬送された自殺未遂者を、精神科医療や地域の支援機関に繋ぐネットワーク構築を検討

⑰ スクールソーシャルワーカー(SSW)事業【108,371千円】

社会福祉等の関係機関との調整を行うSSW（39人）を配置

高

精神障がい者地域生活支援事業

保健・疾病対策課

5年度 (2023年度) 予算額	2,205千円	〔国庫 1/2 一般財源〕	1,099千円 1,106千円
4年度 (2022年度) 予算額	2,202千円	〔国庫 1/2 一般財源〕	1,097千円 1,105千円

1 目的

精神障がい者の退院を促進し、地域での自立した生活を安心・充実して送るため、関係機関の連携体制整備、必要な情報提供を行う。

2 事業内容

(単位:千円)

事業名	内 容	5年度 予算額	4年度 予算額	差額
精神障がい者 地域生活支援 事業	<ul style="list-style-type: none"> 精神障がい者地域生活支援コーディネーター等連絡会 精神障がい者地域移行・地域生活支援関係者研修（精神保健福祉センター） 圏域事業実施体制強化のための管内関係者研修（保健福祉事務所） 	713	710	3
障がい者支え 合い活動支援 事業	<ul style="list-style-type: none"> 当事者支援員及び家族支援員による、地域住民等の理解促進を図るための普及啓発活動及び精神科病院に入院する方や退院後間もない方に対する訪問支援を行う。 精神障がいを持つ家族が、同じ病気を経験している家族に対し、相談を受けることができる家族支援員の養成を行う。 	1,182	1,182	0
精神障がい者 地域ケア推進 事業	地域における精神保健福祉活動の中心となる方々（キーパーソン）に対し、精神保健福祉に関する研修、社会復帰施設等の視察、当事者の体験談を聞く交流会等を実施することにより、地域全体への精神障がい者に対する正しい知識の普及啓発を図る。（保健福祉事務所）	205	205	0
若者向け心の バリアフリー 事業	これから社会に自立しようとする高校生に対し、精神疾患を経験した当事者講師を派遣して、体験を通じた講演により、心の健康や精神保健福祉に関する正しい知識の普及、啓発を図る。	105	105	0
合 計		2,205	2,202	3

令和5年度の主な取組

①精神障がい者地域生活支援協議会の設置(各保健福祉事務所)
圏域協議会との協働、研修会の開催等

②障がい者支え合い活動支援事業(委託)

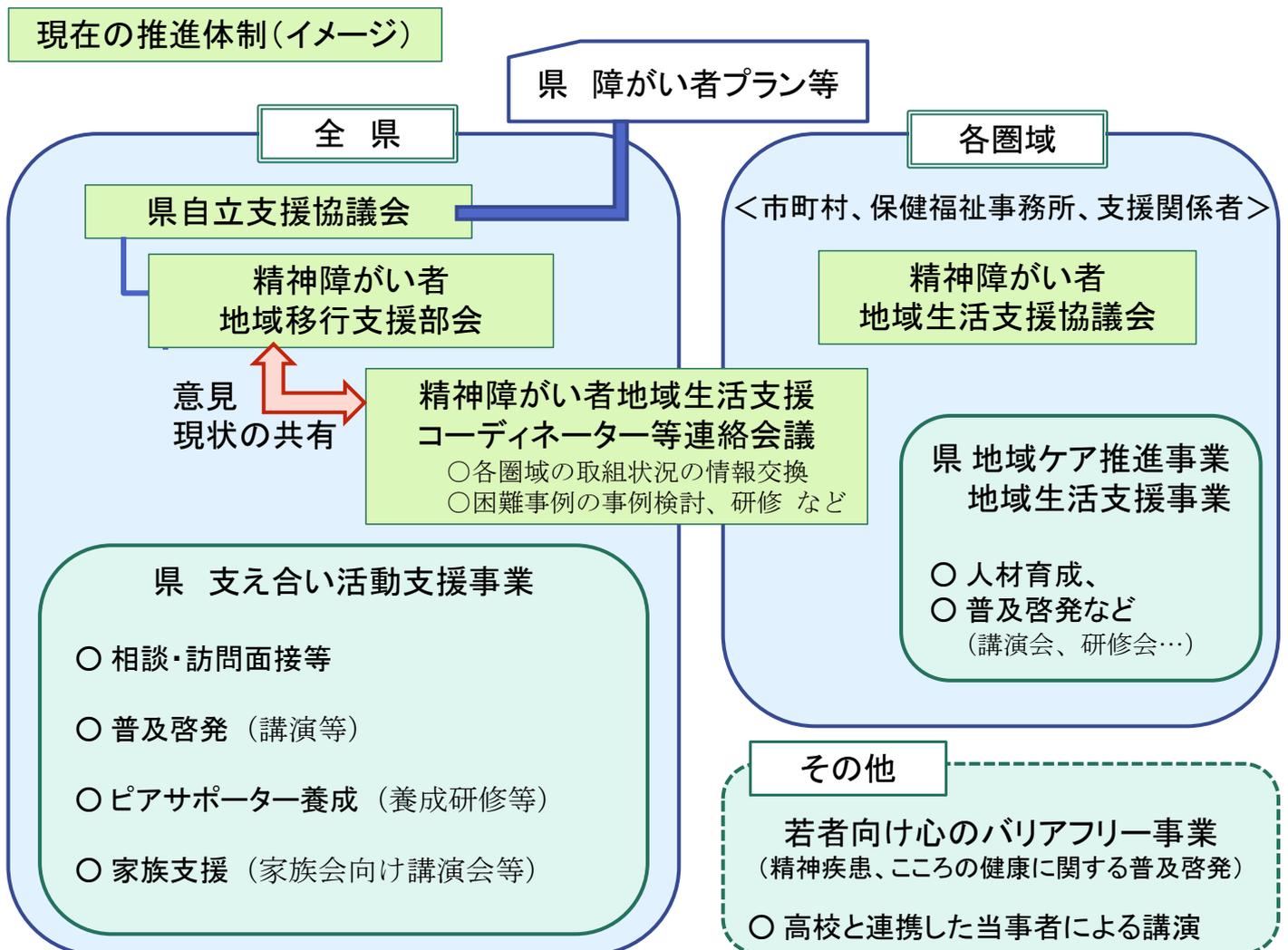
- 相談・訪問面接等
 - 普及啓発 (講演等)
 - ピアサポーター養成 (養成研修等)
- …当事者団体と協働
- 家族支援 (家族会向け講演会等) …家族会団体と協働

③協議会等(県)

・精神障がい者地域移行支援部会(年2回開催)

・精神障がい者地域生活支援コーディネーター等連絡会(年2回開催)

障がい者総合支援センターの精神障がい者地域生活支援担当者、
保健所の担当者等を参集
圏域間の情報交換・課題の検討、知識・技術を習得するための研修・事例検討



(参考)取組の現状

(全県事業等)

【精神障がい者支え合い活動支援事業】

- 各事業実績

年 度		R1	R2	R3	R4
当事者支援	相談支援活動	86回 延570人	2回 延15人	28回 延50人	8回 延8人
	普及啓発活動	26回 延1,021人	12回 延279人	14回 延610人	23回 延746人
	当事者支援員研修 (ピアサポーター養成)	1回 70人	1回 48人	1回 30人	1回 52人
家族支援(研修)		2回 延64人	実施なし	講師の講義 を収録した DVDを配布	2回 延110人

【精神障がい者地域移行推進研修会】 (精神保健福祉センター実施)

- 精神障がい者地域移行支援関係者の資質向上、連携強化等の推進
- 対象者：相談支援事業所、福祉サービス事業所、市町村職員等

年 度	R1	R2	R3	R4
開催回数 参加者数	1回 211人	実施なし	1回 272人	1回 176人

3

(各圏域)

【精神障がい者地域生活支援協議会】

- 圏域ごとに精神障がい者の地域移行等に関する事項を協議

年 度	R1	R2	R3	R4
開催回数	65回	47回	60回	80回

【地域ケア推進事業】

- 精神疾患・障がいに関する正しい知識の普及〔各保健福祉事務所〕
- 対象者：一般県民、民生児童委員、自治会役員、精神保健福祉関係者等

年 度	R1	R2	R3	R4
開催回数 参加者数	8回 延586人	2回 延48人	5回 延87人	7回 延140人

【地域生活支援事業】

- 圏域事業実施体制強化のための関係者研修〔各保健福祉事務所〕
- 対象者：圏域自立支援協議会関係者、圏域の地域移行・地域定着支援関係者等

年 度	R1	R2	R3	R4
開催回数 参加者数	21回 延578人	3回 延78人	7回 延200人	12回 延308人

4

入院者訪問支援事業

保健・疾病対策課

1 目的

市町村長同意による医療保護入院患者等の要望を受けた都道府県が訪問支援員を病院に派遣し面会交流することにより、患者の孤独の解消や自尊心の回復に加え、患者と病院の意思疎通が円滑になることが期待される。

2 根拠

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

3 事業内容

(1) 体制構築に係る会議費（事務局設置等）

- ・市町村長同意による医療保護入院者等を対象に、精神科病院を訪問し、傾聴や生活に関する相談、必要な情報提供を行う支援体制を構築する。

(2) 国開催の支援員養成研修への派遣

- ・支援員の養成（都道府県が、支援員の候補者を研修へ派遣）
- ・都道府県の担当者の理解の促進（都道府県が、担当者を研修へ派遣）

(3) 支援員養成研修の実施

- ・支援員を増やすために年2回、県で支援員養成研修を実施。

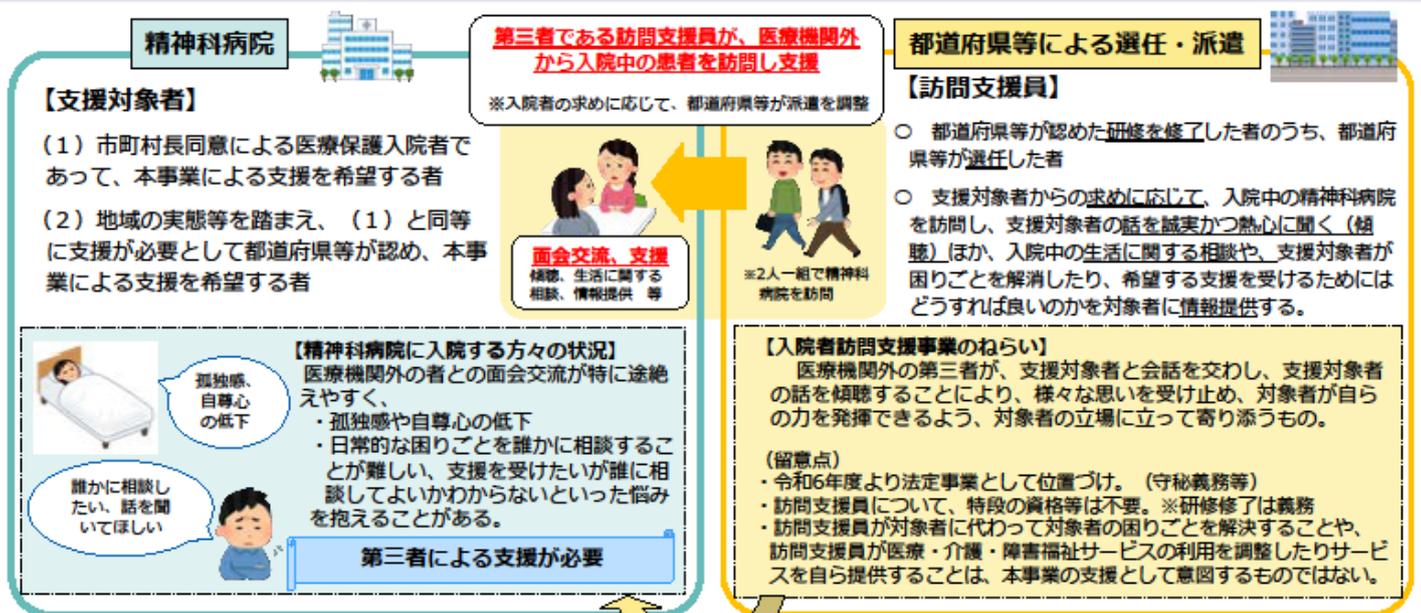
(4) 支援員の病院訪問

- ・市町村長同意による医療保護入院患者等の要望があれば、日程等を事務局で調整した上で支援員を精神科病院へ派遣し、患者との面会交流を実施する。

※令和6年度中の病院訪問開始を目指す

1. 入院者訪問支援事業の経緯・目的

- 精神科病院で入院治療を受けている者については、医療機関外の者との面会交流が特に途絶えやすくなることを踏まえ、入院者のうち、家族等がない市町村長同意による医療保護入院者等を中心として、面会交流の機会が少ない等の理由により、第三者による支援が必要と考えられる者に対して、希望に応じて、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員を派遣するもの。
- 実施主体は都道府県、政令指定都市、特別区、保健所設置市（以下、「都道府県等」という。）



精神科病院に入院している支援対象者の自尊心低下、孤独感、日常の困りごと等の解消が期待される。

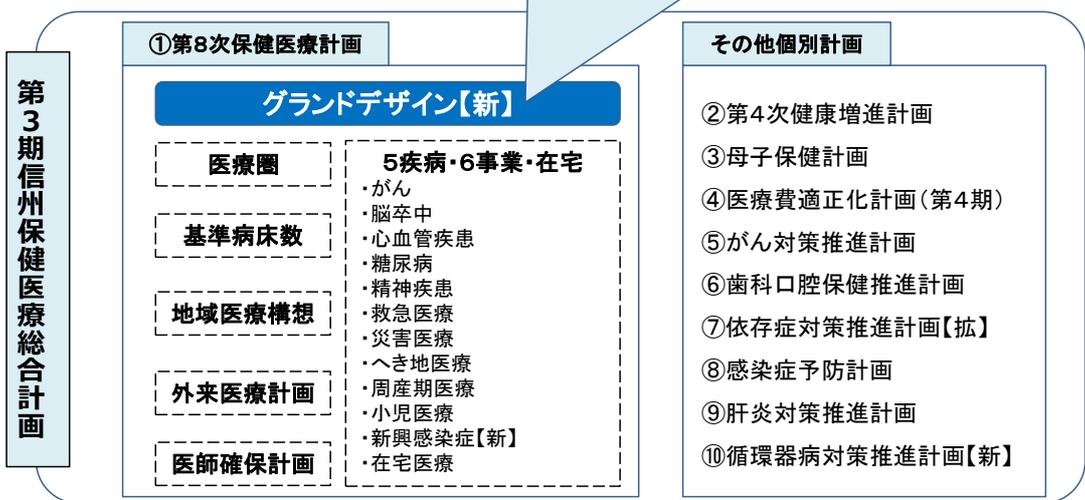
「本県の医療提供体制の目指すべき方向性（グランドデザイン）」（仮称） 素案

1. 策定の趣旨

- 全国的にも医療資源が少ない本県において、今後予測される医療ニーズの変化や医療サービスの担い手の減少、更に2024年から適用される医師の時間外労働規制といった課題に対応するには、**行政・医療関係者・県民が現在の医療提供体制の窮状を理解し、危機感と将来あるべき医療提供体制の姿を共有した上で、その実現に向けた取組を一体となって進めていくことが必要。**
- また、地域医療構想については、一定の成果は出ている一方、**これまでの病床数に着目した議論だけではなく、あるべき役割分担の在り方を関係者で共有した上で、県がリーダーシップを発揮しながら各地域の課題解決に向けた議論を進めていくことが求められている。**
- こうした課題に対応すべく、**限りある医療資源を最大限有効に活用し、患者視点のあるべき医療提供体制を構築するため、本県が目指すべき医療提供体制のあり方とその実現に向けた取組の大枠の方向性を示す「グランドデザイン」を定める。**

■グランドデザインの位置付け(イメージ)

次期医療計画の中に新たに追加し、医療計画の記載事項に共通する理念として位置づける。



2. 対応しなければならない課題（共有したい危機感）

医療ニーズの変化

- 人口構造の変化に伴う高齢者の増加により、**誤嚥性肺炎や骨折等の医療ニーズが増加し、がん等の高度・専門的な治療や手術のニーズは相対的に減少**
- こうした変化に対応し、地域に必要な急性期医療の質を維持・向上させるためには、**高度・専門医療を中心に担う医療機関と、ニーズが増加する高齢者疾患に対応する医療機関との役割分担を進める必要**

医師確保

- 医師の専門志志向やライフスタイルの変化に伴い、**地域の医療機関のニーズに対応したきめ細かい医師配置を行うことが徐々に難しくなっている状況**
- 後継者不足等で**開業医の高齢化・廃業が進んでおり、初期救急や在宅医療等の地域の重要な医療機能の脆弱化が加速**するおそれ

医療従事者の働き方改革

- 医師の時間外労働規制により、一定数以上の医師配置ができない病院では、**休日・夜間の救急機能を縮小または廃止せざるを得ない状況に陥ることも危惧**され、これまで以上に**地域全体で効率的な医師配置を進める必要**
- 医療従事者の働き方改革を進めるためには、**ICTの活用やタスクシフト／シェア等の医療を提供する側の取組に加え、医療を受ける側の取組（適正な救急車利用等）も不可欠**

新興感染症への対応

- 今般の新型コロナへの対応から、**平時から新興感染症発生・まん延時における役割分担と連携体制を計画的に整備し、その役割に応じた医療資源の配置を進めることが必要**

（役割分担の例）
 感染症患者を集約的に受け入れる病院、それらの病院から回復した患者を受け入れる病院、新興感染症以外の一般医療を担う病院 等

こうした課題に早急に対応しないと・・・

想定される事態

人口減少に伴い患者数が減少する中、各地域の医療機関の役割分担が進まず、**それぞれ従来通りの医療提供体制・人員体制を維持することが経営を圧迫**。

医療機関及び医師が広く分散し、**医師のキャリア形成のための指導環境や症例が確保できず、医療の質が低下**するとともに、**地域医療を担う医師が減少**。

医療提供体制の縮小に伴う更なる患者の減少や、医師確保の難航等により、**経営が維持できず廃業する医療機関が発生**。

結果、**地域に必要な医療機能が損なわれ、有事の対応力も低下。県民の暮らしに大きな影響を与える事態に。**

3

3. 本県の目指すべき医療提供体制の姿と実現に向けた大枠の方向性

目指すべき姿

有事・平時を問わず、誰もが高度・専門医療から在宅医療まで、自身の病状に合った質の高い医療を切れ目なく受けることができ、安心して暮らすことができる

目指すべき姿の実現に向けた大枠の方向性

医療ニーズの変化

医師確保

医療従事者の働き方改革

新興感染症への対応

これらの課題に
的確に対応するために

① 更なる役割分担の連携と推進

本県の医療提供体制の目指すべき役割分担の考え方を明示し、効率的で質の高い医療が持続的に提供される体制を構築

② 関係者が果たすべき役割の明確化

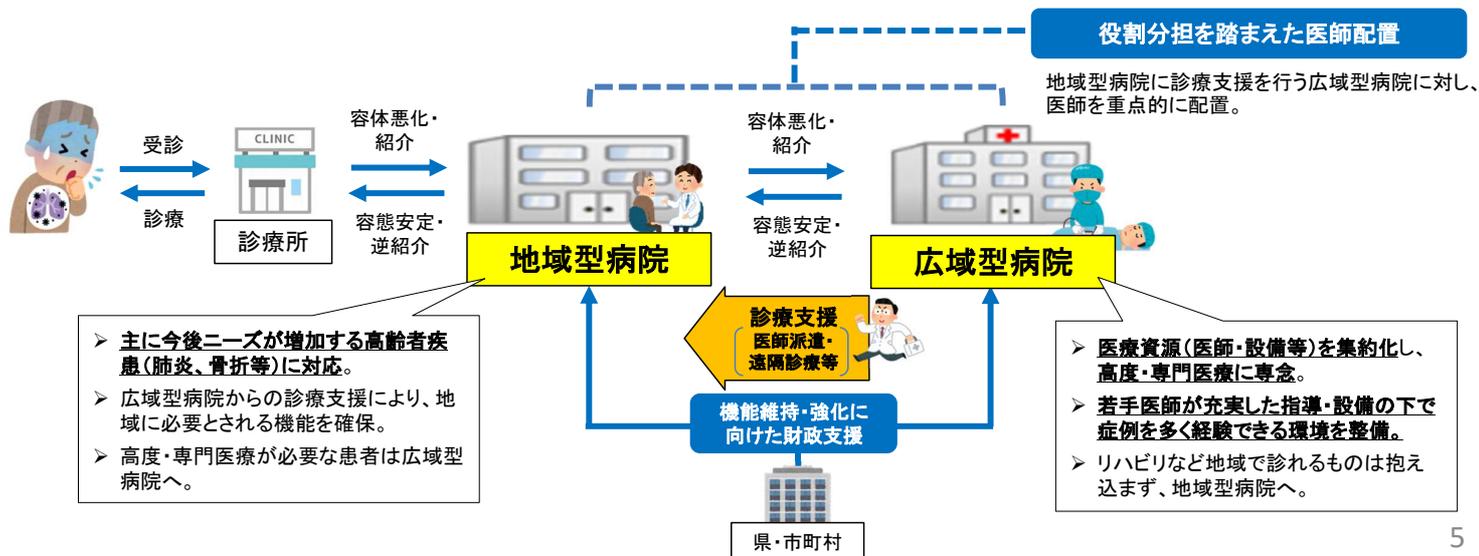
①の実現に向けて、県・市町村・医療関係者・県民が果たすべき役割を明示

4

4. 実現に向けた大枠の方向性 – ①更なる役割分担と連携の推進 –

■入院医療体制

- 医療資源の制約が強まる中で、将来においても質が高く効率的な医療が持続的に提供される体制を構築するためには、これまでの地域医療構想の取組の中で着目してきた「**病床機能**」だけではなく、「**病院機能**」にも焦点を置いた**役割分担**を図ることが必要であるため、**病院を「地域型病院」と「広域型病院」に類型化**し、役割分担と連携を推進。
 - ・ 「**地域型病院**」は、今後増加が見込まれる疾患（心不全、肺炎、骨折等）を中心に対応し、地域包括ケアシステムの要となる機能の他、地域の平日・休日夜間の二次救急医療機能や一部の診療領域に特化した機能等を担う。
 - ・ 「**広域型病院**」は高度・専門医療を担う病院として、その機能を発揮できるよう医療資源（医師・設備等）を集約するとともに、「地域型病院」に対する診療支援（医師派遣、遠隔診療等）を実施。
- **県・市町村は、「地域型病院」・「広域型病院」の機能維持・強化に向けた財政支援**を実施。



5

4. 実現に向けた大枠の方向性 – ①更なる役割分担と連携の推進 –

<地域型病院・広域型病院が持つ機能として想定するもの(案)>

地域型病院



広域型病院



▶ 地域包括ケア体制の要となる機能(地域密着型)

【想定する診療機能】

- ・ 総合診療を提供する機能
- ・ 在宅医療を提供する機能(訪問診療、往診、看取り等)
- ・ 在宅医療を担う診療所や介護施設等を支援する機能(診療所等の医師不在時における支援、レスパイト入院等)
- ・ 在宅や介護施設等で急変した患者の受入機能
- ・ 他の急性期病院で治療を受け、引き続き入院医療が必要な患者の受入機能
- ・ リハビリテーションを提供する機能
- ・ 長期療養が必要な患者の受入機能

▶ 平日の二次救急患者や休日・夜間の救急患者を受け入れる機能(地域救急型)

【想定する病院】

救急告示病院、病院群輪番制参加病院

▶ 一部の診療領域に特化した機能(地域専門型)

【想定する診療領域】

脳神経外科、精神科、産婦人科 等

▶ 高度・専門的な医療を提供する機能

【想定する診療機能】

- がん：都道府県がん診療拠点病院、がん診療連携拠点病院 等
- 脳卒中：脳血栓溶解療法(rt-PA)、脳外科手術、脳血管内手術が可能 等
- 心血管疾患：大動脈解離、心臓カテーテル治療が可能 等
- 精神疾患：依存症治療拠点機能、児童思春期精神科医療、災害時精神医療分野等における県の拠点機能 等
- 救急医療：救命救急センター 等
- 災害医療：災害拠点病院
- 周産期医療：総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター
- 小児医療：小児中核病院、小児地域医療センター
- 感染症：第一種、第二種感染症指定医療機関 等
- 医師派遣：医師が多数在籍し、医師派遣等により中小病院・診療所を支援する機能

6

4. 実現に向けた大枠の方向性 – ①更なる役割分担と連携の推進 –

＜役割分担と連携を進める上での留意点として考えられるもの（案）＞

(1) 開設主体による財政支援や税制上の取扱いの違い

公立・公的病院は民間病院に比べ、税制・財政上の措置の面で優遇されていることから、公立・公的病院は民間病院が担うことの困難な救急・小児・周産期医療等の不採算医療や特殊な医療等に機能を重点化することを原則としつつ、地域の医療資源の実情を踏まえ、役割分担を検討することが必要

(2) 集約化を進める症例の範囲

○ 「広域型病院」に集約化する症例の範囲を検討する際には、同院からの下り搬送のあり方についても議論し、地域の医療機関が共存できるようにする観点が必要

○ また、今般の新型コロナの経験から、一医療機関に複数の機能を集約した場合に当該医療機関が機能不全に陥った際のリスクを避けるため、複数の医療機関で持つべき機能か否かも検討することが必要

(3) 「地域型病院」を評価する意識醸成

「地域型病院」は地域医療を支える要であり、今後の地域医療の中心となる共通認識でもって役割分担の検討を進めることが必要

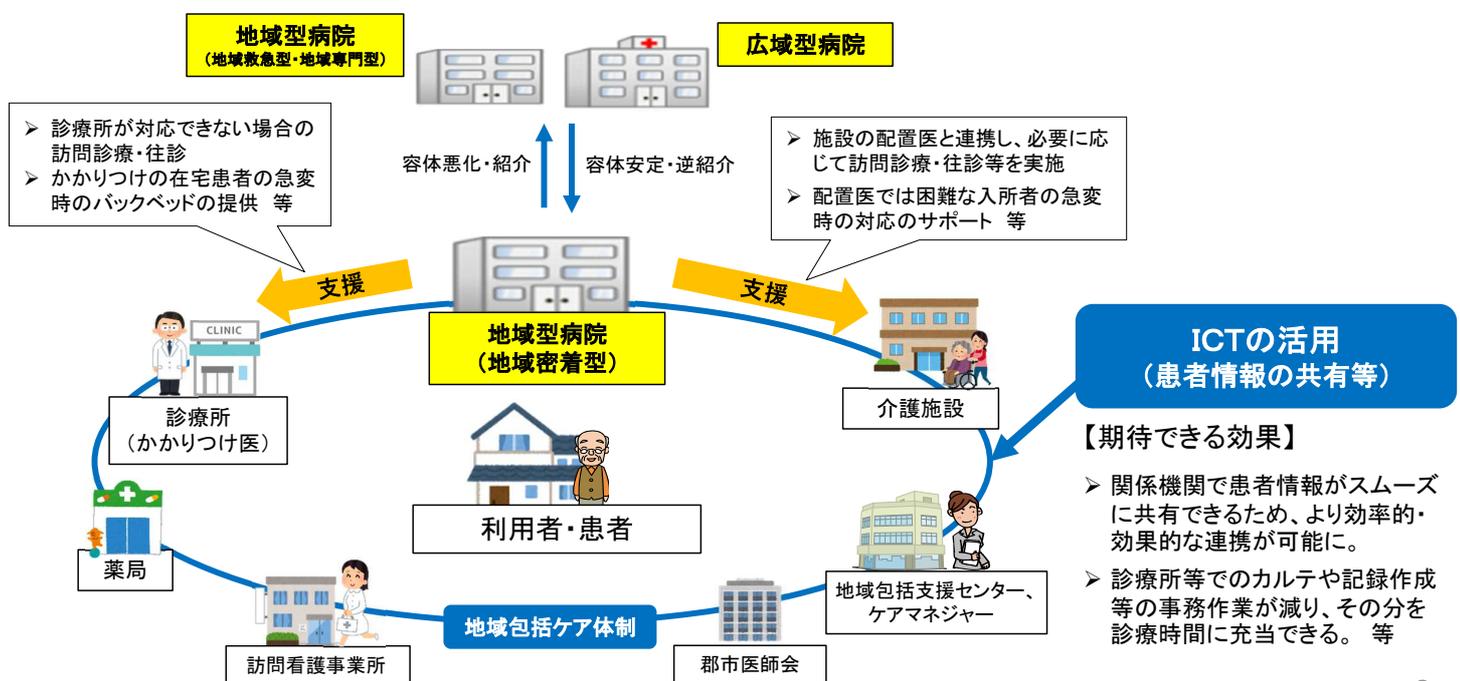
7

4. 実現に向けた大枠の方向性 – ①更なる役割分担と連携の推進 –

■在宅医療体制

○ 開業医の高齢化・廃業に伴う在宅医療機能の低下や、新型コロナで顕在化した介護施設等における医療提供体制の課題に対応するため、診療や介護施設等を支援する「地域型病院」（地域密着型）を中心とした連携体制を強化。

○ 連携体制の強化にあたっては、i) 多職種連携の更なる推進、ii) 業務効率化による一医療機関あたりの訪問診療等に対応する能力の強化、iii) 介護施設等における医療提供体制の強化を図る観点から、ICTの活用を積極的に推進。



8

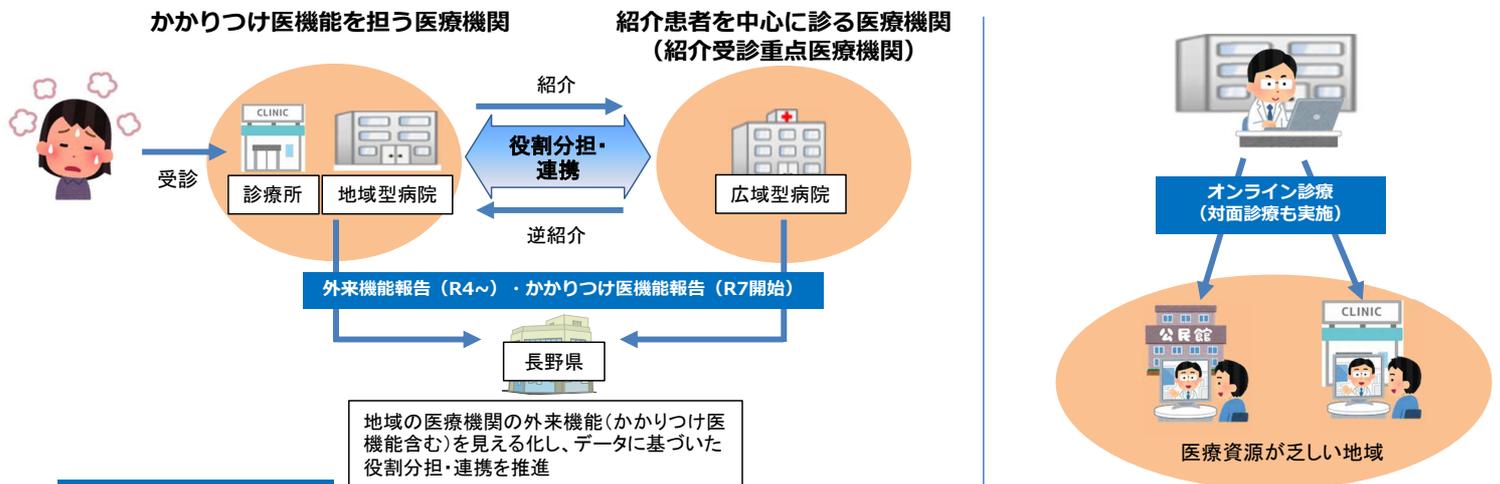
4. 実現に向けた大枠の方向性 – ①更なる役割分担と連携の推進 –

■外来医療体制

- 限られた医療資源の中で、医療従事者の働き方改革を進めつつ、複数疾患を抱えた高齢患者の増加に対応していくためには、住民の身近にある医療機関が**かかりつけ医機能(※)**を発揮し、**専門的な治療が必要になった場合は紹介状により専門医療機関につなげる流れを強化していくことが必要**であることから、**地域の医療資源の状況を踏まえつつ、「紹介患者を中心に診る医療機関」(紹介受診重点医療機関)と、「かかりつけ医機能を担う医療機関」による役割分担を推進。**

※ かかりつけ医機能…身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能。令和7年度より報告制度が開始。

- また、**医療アクセスが困難な地域については、その地域の外来医療を補完するため、オンライン診療の導入を積極的に推進。**



役割分担・連携の効果

- 患者の流れが円滑になることで、地域の大病院に患者が集中する状況が緩和され、患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減が図られる。
- 地域のかかりつけ医機能を持つ医療機関が明確化され、患者がかかりつけ医を持ちやすくなることで、自身に合った医療を受けられる体制が整備される。

- へき地等の医療資源が乏しい地域における医療提供体制を補完するため、病院と診療所や公民館をつないだオンライン診療等の導入を推進。

9

4. 実現に向けた大枠の方向性 – ②関係者の果たすべき役割の明確化 –

② 関係者の果たすべき役割

■長野県

- リーダーシップの発揮**
グランドデザインで示す役割分担の在り方を軸に、地域医療構想調整会議等の地域の医療関係者による議論を主導
- データ分析**
地域全体の傾向を把握するデータだけでなく、医療機関単位の診療実績等を見える化
- 財政支援**
「地域型病院」、「広域型病院」の機能を維持・強化する観点から、地域医療介護総合確保基金等を活用した財政支援を実施
- 医師の配置調整**
大学とも連携し、医療機関の役割分担を踏まえた修学資金貸与医師等の配置調整を実施
- 普及啓発**
医療資源が有限であることを踏まえた県民等に対する普及啓発の実施
- 県立病院による政策医療の提供**
県立病院機構を通じて、他の病院では担うことが困難と考えられる高度・専門医療や、へき地医療等の不採算医療を提供
- 国への提言**
地域の課題解決の支障となっている制度の改善や求められている支援策について、積極的に国へ提言

■医療機関

- 医療需要の変化を踏まえた役割分担と連携の推進**
データを基に医療需要の変化や自院の立ち位置を把握し、役割分担と連携を推進
- 人材の育成**
医療従事者の資質向上のための研修等を実施
- 働き方改革の推進**
タスクシフト・シェアを推進し、業務効率化により従事者の健康を確保
- ICTの積極的な活用**
地域の多職種連携や働き方改革を推進するため、ICTを積極的に活用
- 行政との連携**
行政と連携し、普及啓発や地域課題を検討する協議会等に参画

■市町村

- 保健・医療・介護の連携**
郡市医師会等の地域の医療関係者と連携した健康づくり、介護予防、地域包括ケアサービスを推進
- 公立医療機関の設置・運営による地域医療の提供(医療機関を有する市町村のみ)**
 - 民間病院が担うことのできない不採算医療等の機能に重点化することを原則としつつ、地域の実情を踏まえた役割分担と連携により、必要な医療を継続的に提供
 - 建替え等により役割を見直す際には、あらゆる機能を持つのではなく、地域の医療機関間の役割分担と連携により、住民に必要な医療機能を確保
- 医療機関への財政支援**
救急や周産期医療など、まちづくりにとって重要な医療を支えている医療機関への財政支援について、地方交付税措置等を活用し、積極的に実施
- 医療アクセスの確保**
中山間地など、医療アクセスが困難な高齢者等の住民に対して、デマンド交通の実施等を積極的に検討
- 住民への普及啓発**
上手な医療のかかり方、在宅医療・介護サービスの情報について発信

■県民

- かかりつけ医を持つこと**
- コンビニ受診や安易に救急車を利用しないこと**
- 医療機関の役割分担を踏まえた転院への理解**
- 人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)の実施**

10

精神疾患対策

第1 現状（これまでの成果）と課題

1 精神疾患患者の状況

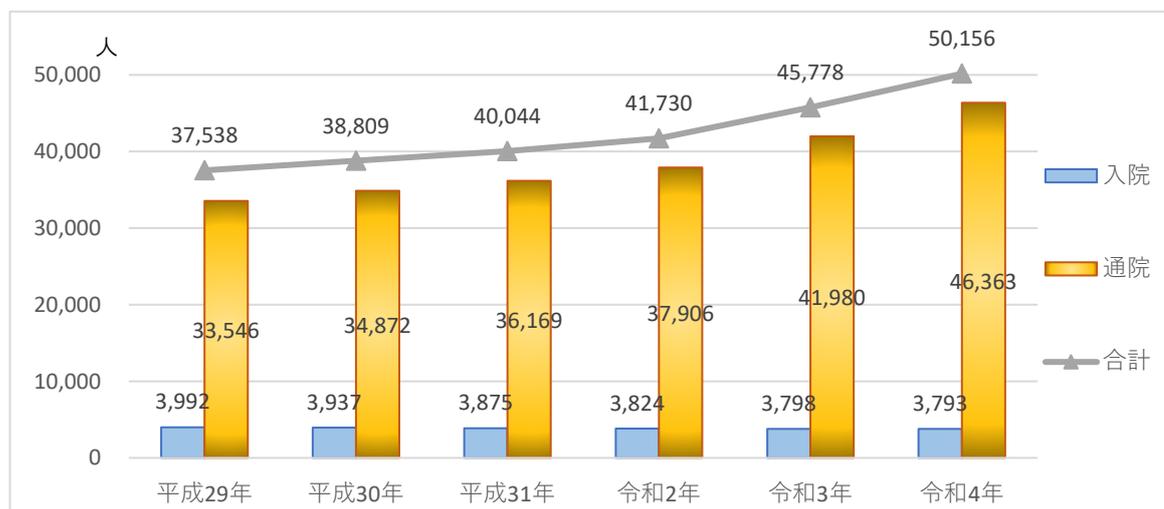
- 長野県の精神疾患患者数は、入院患者及び通院患者（自立支援医療（精神通院医療）受給認定者）を合わせて、50,156人（令和4年（2022年）3月31日現在）となっています。
- 疾病別にみると、入院患者では「統合失調症」が最も多く、次いで「器質性精神障害（アルツハイマー病の認知症等を含む。）」となっています。通院患者では、「気分（感情）障害」が最も多く、次いで「統合失調症」となっています。
- 入院患者数は減少傾向にあります。通院患者数は5年前に比べ38.2%増加しています。

【表1】 疾病別患者数（令和4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	736	1,785	2,521
F00 アルツハイマー病の認知症	299	1,319	1,618
F01 血管性認知症	97	72	169
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	340	394	734
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	224	829	1,053
F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	2,014	14,329	16,343
F3 気分（感情）障害	413	17,130	17,543
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	86	3,836	3,922
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	28	189	217
F6 成人の人格及び行動の障害	30	158	188
F7 精神遅滞	100	770	870
F8 心理的発達の障害	71	3,131	3,202
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	26	995	1,021
てんかん（F0に属さないものを計上する）	45	2,931	2,976
その他	20	280	300
合 計	3,793	46,363	50,156

（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 12,359 件（令和 2 年度（2020 年度））で、平成 28 年度（2017 年度）以降、横ばいの状況です。

【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	うつ状態	その他	合 計
平成28年度	37	3,382	913	55	191	356	1,371	2,675	3,108	12,088
29年度	27	3,280	788	78	154	183	2,631	2,025	3,512	12,678
30年度	63	4,339	843	77	208	160	4,011	1,660	2,519	13,880
令和元年度	50	3,066	804	85	275	124	4,814	1,613	1,599	12,430
2 年度	58	2,708	623	111	232	143	4,807	1,872	1,805	12,359

（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）は近年増加傾向にありましたが、令和 2 年度（2020 年）は減少し 8,353 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
平成 28 年度	230	2,320	359	40	59	323	1,461	3,767	8,559
29 年度	330	2,605	347	52	53	380	1,727	3,677	9,171
30 年度	334	2,675	318	59	37	307	1,858	3,563	9,151
令和元年度	327	3,916	323	25	37	313	2,008	3,396	10,345
2 年度	802	2,675	230	18	27	169	1,682	2,750	8,353

（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 （平成 29 年 30 病院 4,823 床）	保健・疾病対策課調べ 令和 4 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 2,350 床	
精神病床在院患者数（人口 10 万対）	187.5 人（少ない順で全国 14 位）	厚生労働省 病院報告 令和 3 年
精神病床平均在院日数	245.2 日（少ない順で全国 12 位）	
精神病床利用率	82.4%（少ない順で全国 18 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 26 年：48、平成 23 年：39）	厚生労働省 医療施設 （静態動態）調査 令和 2 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 令和 4 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	229 人 （平成 29 年 205 人）	保健・疾病対策課調べ 令和 4 年 6 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、16,343人（令和4年（2022年）3月31日現在）となっており、平成29年（2017年）の14,631人から増加しています。精神疾患患者数の32.6%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（令和5年（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）。

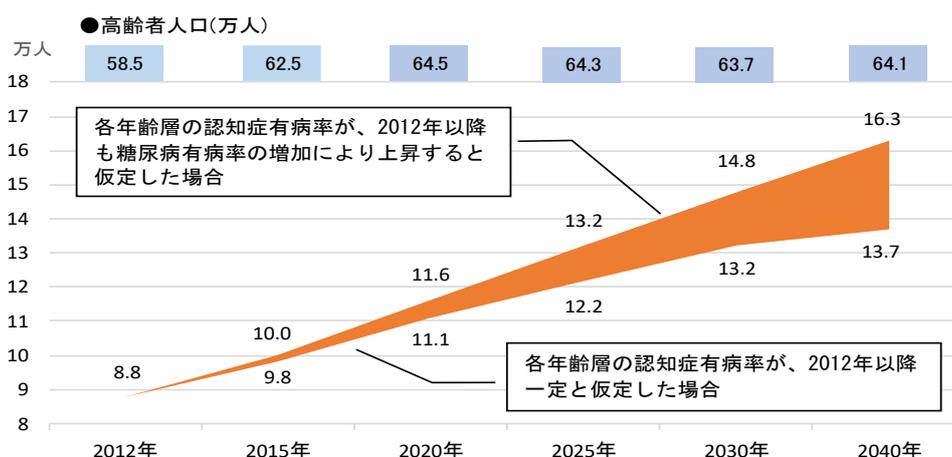
(2) うつ病・躁うつ病

- 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17,543人（令和4年（2022年）3月31日現在）となっており、平成29年（2017年）の11,921人から47.2%増加しています。精神疾患患者数の35.0%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。（コロナの影響で実施医師会数は令和2年1、令和3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、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

- 「認知症施策推進大綱」（令和元年（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。
 - 認知症疾患医療センターの設置
認知症疾患医療センターを10医療圏11か所に設置し、認知症の専門的医療体制の強化を図っています。
 - 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（令和4年（2022年）3月31日現在 221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は、平成30年9月に全ての市町村に設置済みです。
 - 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「令和4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（令和4年（2022年）3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

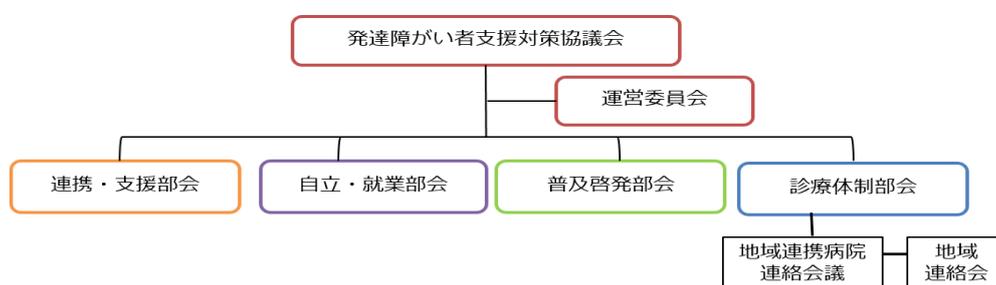
- 未診断例を含めた発達障がいの支援ニーズは小学1年生で少なくとも10%程度は存在するとされています※¹。また、発達障がいの特性があり障がい福祉のサービスを必要とする人は人口の0.9%から1.6%と推計されています※²。

※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平成 30 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、令和 5 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。
- 令和 4 年（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べ）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

- 令和 3 年度（2020 年）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）は 10.2 万人、精神病床に入院している者（入院患者）は 2.8 万人であり、平成 29 年（2017 年）の外来患者 9.1 万人、入院患者 2.9 万人に対し、外来患者は増加、入院患者は減少しています（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「令和 4 年（2022 年）医療機能調査」）、このうち 6 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（令和 5 年（2023 年）2 月 3 日関東信越厚生局）。

② 薬物依存症

- 令和 3 年度（2020 年）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）は 1.3 万人、精神病床に入院している者（入院患者）は 0.3 万人であり、平成 29 年（2017 年）の外来患者 1.2 万人、入院患者 0.3 万人に対し、外来患者は増加、入院患者は横ばいです（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「令和 4 年（2022 年）医療機能調査」）。

③ ギャンブル等依存症

- 令和 3 年度（2020 年）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）は 3.6 千人、精神病床に入院している者（入院患者）は 0.4 千人であり、平成 29 年（2017 年）の外来患者 2.2 千人、入院患者 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「令和 4 年（2022 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（令和 5 年（2023 年）2 月 3 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

- 令和 2 年（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「令和 4 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
平成 29 年	284	284	315	883
平成 30 年	121	204	281	606
令和元年	295	312	351	902
令和 2 年	271	335	294	900
令和 3 年	333	337	267	937

(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(令和3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	259	245	14	28	60	20	74	77	181	234
休日	141	131	10	18	29	16	36	42	88	163
計	376	376	24	46	89	36	110	119	269	397

(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199件となっています。令和3年度(2021年度)の211件は全国8位、人口10万対では10.4件で全国2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	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
措置入院件数	185	212	210	177	211
全国順位(多い順)	9	9	8	9	8
人口10万対件数	8.9	10.3	10.2	8.6	10.4
全国順位(多い順)	5	3	2	6	2

(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2,657件となっています。令和3年度(2021年度)の2,655件は全国24位、人口10万対では130.6件で全国35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	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
医療保護入院件数	2,653	2,539	2,610	2,827	2,655
全国順位(多い順)	24	26	25	24	24
人口10万対件数	127.8	123.1	127.4	138.0	130.6
全国順位(多い順)	34	35	33	28	35

(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「令和4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「令和4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	チーム数	人数	
平成23年度	東日本大震災	病院 14	チ-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
令和元年度	東日本台風	2	2	26	災害派遣精神医療チーム
2年度	新型コロナ集団感染対応	3	3	59	災害派遣精神医療チーム

(保健・疾病対策課調べ)

- 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ーム (DPAT) は、令和5年3月時点で6病院に8チー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 平成17年 (2005年) 7月施行) 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。令和4年 (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 (令和5年 (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	48

(長野保護観察所調べ)

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}	平成22年	61.8%	—	88.3%	厚生労働省 精神保健福祉資料
	25年	61.9%	83.3%	91.3%	
	28年	60.5%	80.8%	91.4%	
	令和元年	68.6%	83.4%	90.9%	
区分・年		患者数			出典
入院期間 1年以上 の患者数 ^{※2}	平成22年	2,881人			厚生労働省 精神保健福祉資料
	25年	2,537人			
	28年	2,355人			
	令和2年	2,344人			
	3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令和4年（2022年）に343人、自殺死亡率[※]は17.3（厚生労働省「令和4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

- 令和5年度（2023年度）から令和9年度（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令和5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。

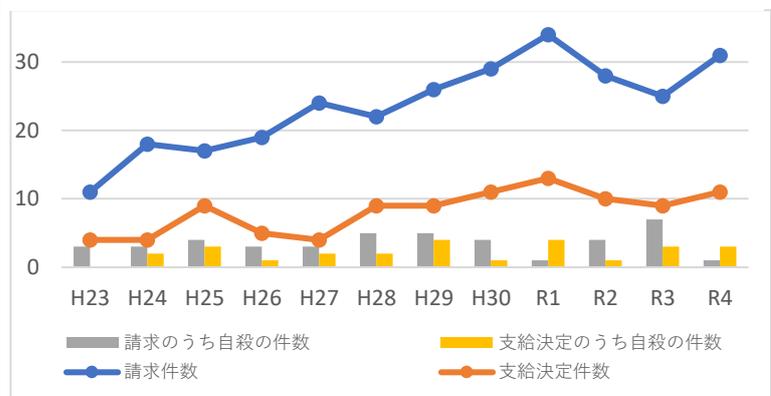
- かかりつけ医が、うつ病など自殺リスクのある人を早期に発見し、必要に応じて精神科医療につなげることが重要となります。県では、医師会と連携してかかりつけ医への研修を実施しています。

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（H29～R3）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み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	自殺者数(人)					自殺死亡率 (H29-R3平均)
	H29	H30	R1	R2	R3	
全国	560	602	653	763	762	3.18
長野県	14	17	13	14	16	4.26

(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ている

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

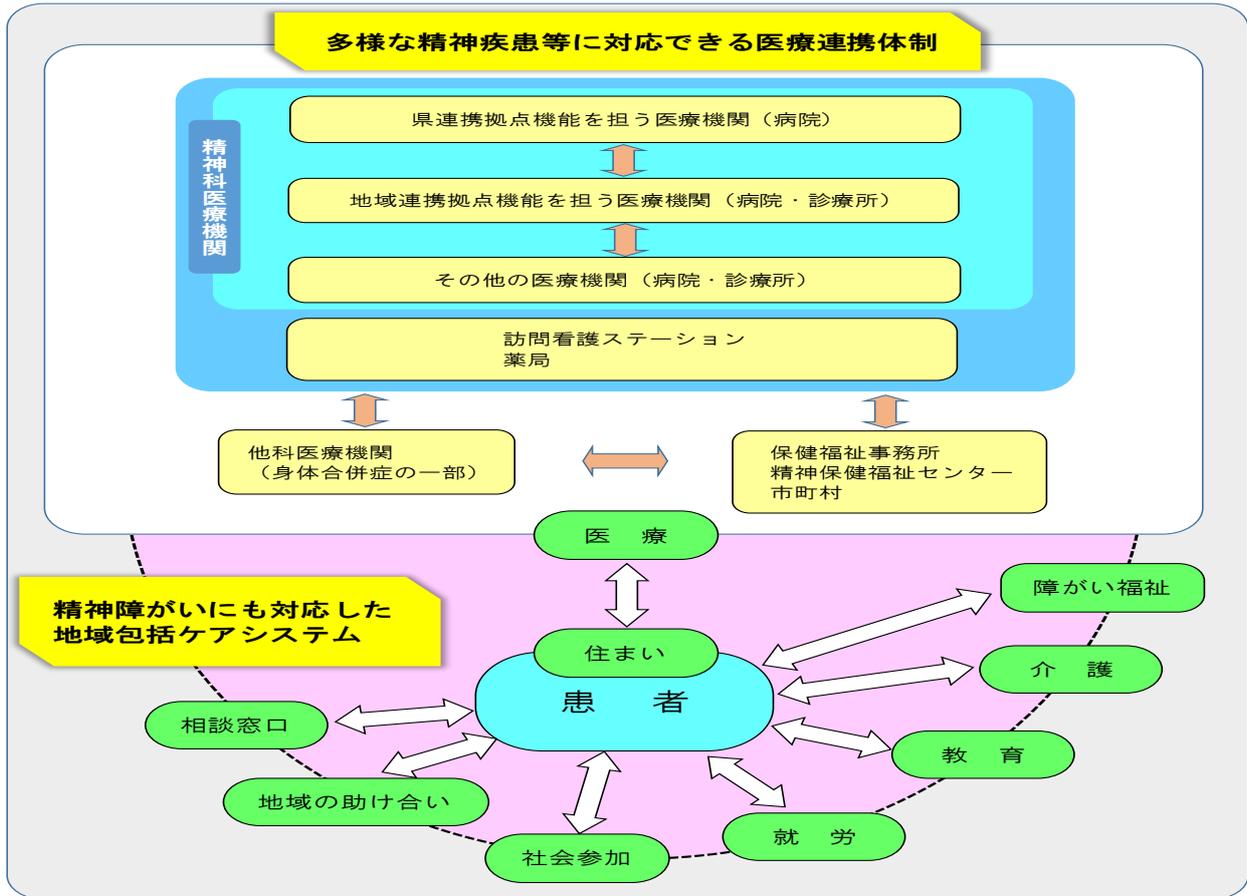
※ 県連携拠点機能、地域連携拠点機能は、患者本位の適切な医療を提供するための医療連携、情報発信、人材育成等の拠点となる機能であり、患者の集約等を目的とするものではありません。

3 二次医療圏相互の連携体制

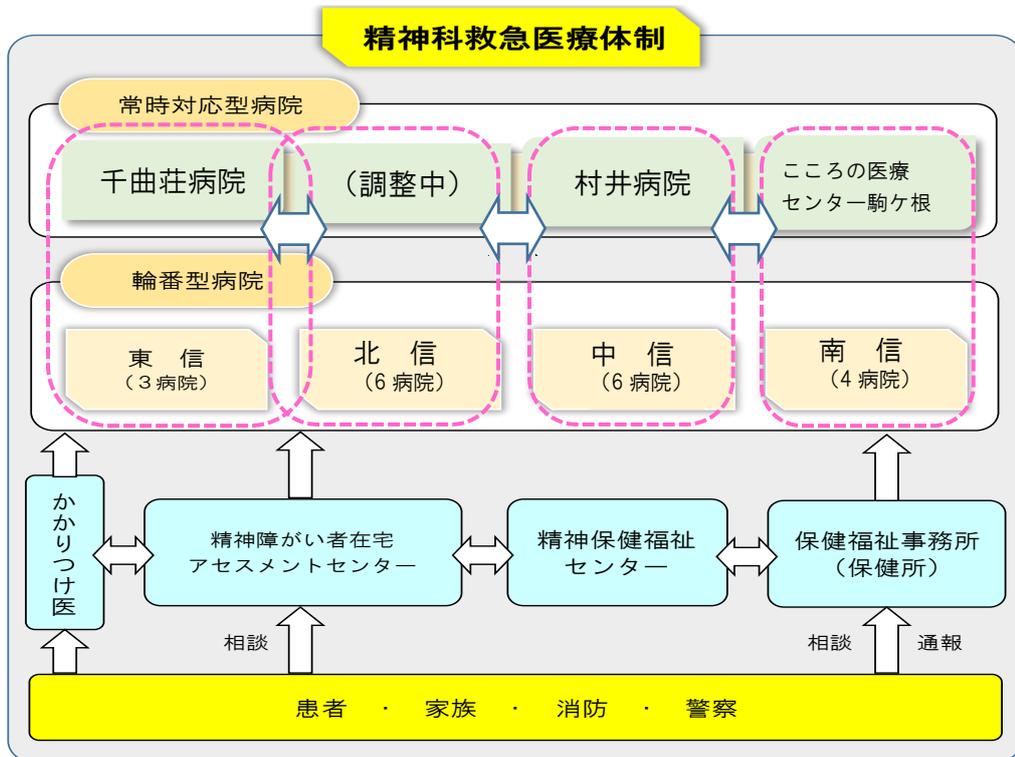
(1) 精神疾患の医療連携体制

- 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（令和3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」(H19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

- 精神障がい者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し、市町村や支援関係者に対する研修等に取り組みます。
- 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でできる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○編第○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の提供とともに、二次医療圏の中核となって認知症支援ネットワークの充実を図ります。

(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：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	厚生労働省 NDB
P		6ヶ月時点	83.4% (2019)	84.5% (2026)	障害福祉計画 基本指針	厚生労働省 NDB
P		12ヶ月時点	90.9% (2019)	91.0% (2026)	障害福祉計画 基本指針	厚生労働省 NDB
P	入院期間が1年以上の長期入院患者数 (人口10万人あたり)	65歳以上	長野県 70.1人 全国 99.6人 (2021)	99.6人以下	障害福祉計画 基本指針	630調査 (ReMHRAD)
P		65歳未満	長野県 42.7人 全国 54.8人 (2021)	54.8人以下	障害福祉計画 基本指針	630調査 (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 (2026)	障害福祉計画 基本指針	良質な精神保健福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究
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	精神保健福祉センター	9,395件 (2021)		現状以上を目指す	(衛生行政報告例)
		保健福祉事務所	9,136件 (2021)		現状以上を目指す	(地域保健・健康増進事業報告)
		市町村			現状以上を目指す	(精神保健福祉資料)
S	自殺対策、各疾患の啓発週間に参加する市町村数			77	全市町村の実施を目指す	保健・疾病対策課調査
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	県実施事業 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)
	ピアサポーター等の病院訪問を受け入れる病院数			現状以上を目指す	地域移行支援事業
		—			入院者訪問支援事業

(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・疾病対策課調査
S		二次医療圏ごと	9 圏域 (2021)	10 圏域	全二次医療圏への設置を目指す	県実施事業 (保健所)
S		県域	1 (2021)	1	現状を維持	自立支援対策協議会地域移行支援部会
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	630 調査	
S	自立支援医療（精神通院）の受給者証交付数	46155 (2023)		現状を維持	県実施事業	
P	措置入院者等への退院後継続支援実施件数	2 件 (2023)	22 件以上	新型コロナ流行前以上を目指す	保健所事業	
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病院数	—			関東信越厚生局施設基準届出状況	
P	精神障がい者の就職件数	1,406 件 (2022)	1407 件以上	現状以上を目指す	長野労働局障害者職業紹介状況	
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	長野県実施事業（建設部）	

(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)
P	精神科救急医療体制整備事業による入院件数	236 件 (2022)	236 件	現状を維持	精神科救急体制整備事業
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	精神科救急体制整備事業（精神救急）

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	救命救急入院料精神疾患身体治療初回加算を算定する医療機関数				診療報酬施設基準（関東信越厚生局） （救急合併症）
S	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数	(1)	7病院	自院で精神、身体のほとんどに対応可能な医療機関数	診療報酬施設基準（関東信越厚生局） （自殺）
S	災害派遣精神医療チームを持つ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	県実施事業 (災害医療)
P	救急医療関係者の協議の場に精神科医が参画する地域の数	—	10圏域	全二次医療圏での実施を目指す	医療圏ごとのMC会議等 (合併症)

(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 (統合失調症)	
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	3地域	10地域	全二次医療圏での実施を目指す	医師会（自殺対策補助事業） (うつ病)	
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	介護支援課調査 (センター連携会議報告)	
S	児童思春期精神病床数	49床	50床以上	現状以上を目指す	保健・疾病対策課調査	
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	10圏域	10圏域	現状を維持する	県実施事業	
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	県実施事業
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	関東信越厚生局施設基準届出状況	

(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			現状以上を目指す	介護支援課調査 (センター連携会議報告)
S	発達障がい診療にかかる専門家を派遣した数	10件	10件以上	現状以上を目指す	県実施事業 (発達障がい)
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	県実施事業 (依存症)

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、長野県依存症対策総合計画、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

番号	個別施策（アウトプット）
1【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	啓発週間の実施数
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
指標	—
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

2【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実施件数

3【地域移行・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
指標	協議の場を設置する市町村数、圏域数
2	市町村、支援者への研修の実施及び助言
指標	市町村研修参加人数
3	精神障がいのある方への医療費助成による支援
指標	—
4	措置入院患者等への退院後継続支援
指標	措置入院退院後支援加算算定病院数

4【危機介入】	
1	精神科救急体制の充実
指標	救急体制における常時対応型病院の数(S)
2	身体合併症に対応する圏域ごとの関係者会議の開催
指標	関係者会議を開催する医療圏数(S)
3	こどもの自殺危機対応チームによる困難事例への介入
指標	こどもの自殺危機対応チームによる支援件数
4	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

5【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
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を圏域ごとに設置し、専門医療の均てん化
指標	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と依存症医療の均てん化
指標	専門プログラムの実施件数
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
指標	—

6【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	認知症鑑別診断件数
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
指標	—
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の派遣実績
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
指標	—

番号	中間成果（中間アウトカム）
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
指標	自殺、精神疾患等の啓発週間に参加する市町村数

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

3	
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
指標	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
指標	精神障がい者の就職件数
指標	居住支援協議会による人口カバー率
指標	措置入院患者等への退院後継続支援実施件数

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会議を実施する圏域数
指標	救命救急入院料精神疾患身体治療初回加算を算定する患者数・医療機関数
指標	DPAT研修・訓練に参加する病院数

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	
指標	—

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	
指標	—

番号	目指す姿（分野アウトカム）
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	精神科病床上における入院後3. 6. 12ヶ月時点の退院率
指標	精神科病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)
指標	長期入院患者の数(65歳以上、65歳未満)
指標	長野県の自殺死亡率

10/26時点

<指標について>

- ① 指標および目標値は関連計画とそろえる等の修正があります。
- ② 評価指標として定期的にデータを取得できるか等の確認したうえで決定します。
- ③ 他の領域とのバランスを取るため、指標数を縮小する可能性があります。

精神疾患における第8次医療計画について

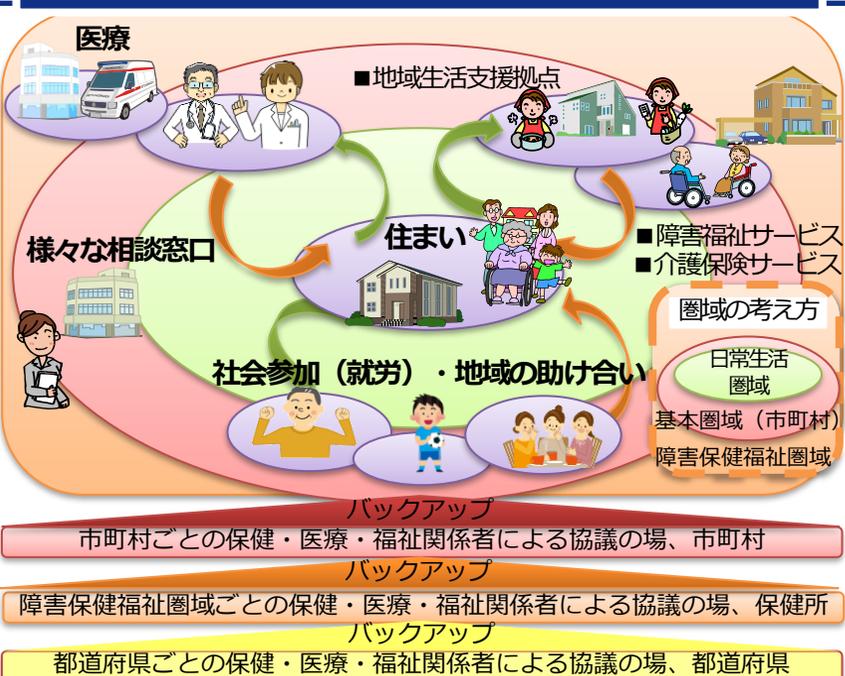
厚生労働省 令和5年度第1回医療政策研修会（5/19） （抜粋）

第8次医療計画の見直しのポイント

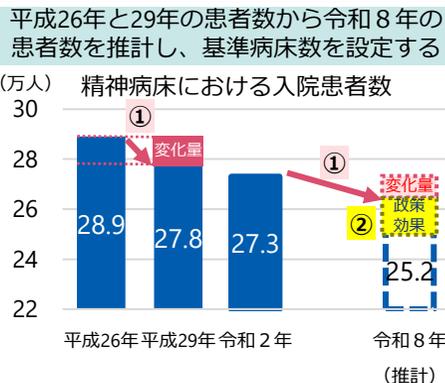
指針について

- ① 以下のような体制の整備等を一層推進する観点で踏まえた指針の見直しを行い、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。
 - 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、**安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築**する。
 - 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々々の病状が障害の程度に大きく影響するため、**医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備**する。
- ② 入院患者の年齢構成の変化等の政策効果以外の要因と、政策効果の要因を勘案して、将来の推計を行うこととする。
- ③ 患者の病状に応じ、**医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から**、以下のように、**4つ**の視点から、それぞれについてストラクチャー・プロセス・アウトカムに関する指標例を設定する。

①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



②基準病床数の算定式



- ① H26 ⇒ H29の入院患者数の変化を踏まえて、今後の患者数の変化を推計する
 - 政策効果以外の要因（入院患者の年齢構成の変化等）による変化
 - 当時の政策効果（近年の基盤整備の取り組み等）による変化
- ② ①に加え、その後の新たな取り組み（政策効果）を反映して、将来の入院患者数の推計を行う

③現状把握のための指標例

- 普及啓発、相談支援
 - 地域における支援危機介入
 - 診療機能(※)
 - 拠点機能(※)
- (※)：疾患毎の診療機能及び拠点機能を含む。



ストラクチャー

プロセス

アウトカム

現状把握のための指標例（第8次医療計画）

	普及啓発、相談支援	地域における支援、危機介入	診療機能	拠点機能
ストラクチャー	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数	各疾患、領域【※】それぞれについて、入院診療を行っている精神科床を持つ医療機関数	てんかん支援拠点病院数
	● 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数	● 精神科救急医療機関数（病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設）	各疾患、領域【※】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数
	心のサポーター養成研修の実施回数	DPAT先遣隊登録機関数	● 精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	● 摂食障害支援拠点病院数
	認知症サポート医養成研修修了者数	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数	● 指定通院医療機関数
		精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数	● 精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数	高次脳機能障害支援拠点機関数
	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数	● 閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数	認知症疾患医療センターの指定医療機関数	
	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数		
		認知症ケア加算を算定した医療機関数		
		● 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数		
プロセス	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数	精神科救急医療体制整備事業における入院件数	各疾患、領域【※】それぞれについての入院患者数	認知症疾患医療センターの鑑別診断数
	● 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数	精神科救急医療体制整備事業における受診件数	各疾患、領域【※】それぞれについての外来患者数	指定通院医療機関の患者数
	心のサポーター養成研修の修了者数	救急患者精神科継続支援料を算定した患者数	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
		● 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	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数	
		精神疾患の救急車平均搬送時間	認知療法・認知行動療法を算定した患者数	
		隔離指示件数		
		身体的拘束指示件数		
		児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数		
		統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率		
アウトカム	●	精神科床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率		
	●	精神障害者の精神科床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)		
	●	精神科床における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）		
	●	精神科床における新規入院患者の平均在院日数		

【※】統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん
令和4年度厚生労働科学研究「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」研究報告書からの引用

精神疾患の医療体制の構築に係る指針

(「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」内)

同指針の構成は次のとおり

第1 精神疾患の現状

多様な精神疾患等ごとの
現状・課題の概観

1 現状・課題

- (1) 統合失調症
- (2) うつ病・躁うつ病
- (3) 認知症
- (4) 児童・思春期精神疾患及び発達障害
- (5) 依存症
 - ① アルコール依存症
 - ② 薬物依存症
 - ③ ギャンブル等依存症
- (6) 外傷後ストレス障害 (PTSD)
- (7) 高次脳機能障害
- (8) 摂食障害
- (9) てんかん
- (10) 精神科救急
- (11) 身体合併症
- (12) 自殺対策
- (13) 災害精神医療
- (14) 医療観察法における対象者への医療

2 精神疾患の医療体制

第2 医療体制の構築に必要な事項

- 1 目指すべき方向
- 2 各医療機能と連携
 - (1) 地域精神科医療提供機能
 - (2) 地域連携拠点機能
 - (3) 都道府県連携拠点機能

第3 構築の具体的な手順

- 1 現状の把握
 - (1) 患者動向に関する情報
 - (2) 医療資源・連携等に関する情報
 - (3) 指標による現状把握
- 2 圏域の設定
- 3 連携の検討
- 4 課題の抽出
- 5 数値目標
- 6 施策
- 7 計画
- 8 公表

どのような医療体制を
構築すべきか

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に即して、**地域の現状を把握・分析**したうえで、地域の実情に応じて**圏域(精神医療域)を設定し、その圏域ごとに不足している医療機能又は調整・整理が必要な医療機能を明確にして、医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価を行えるようにすること。**

第8次長野県保健医療計画策定スケジュール案(R5予定)

医療政策課

	令和4年度			令和5年度									
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
医療審議会	9/16 第1回審議会 ・8次計画の策定について	12/20 第2回審議会 ・策定委員指名	2/3 第3回審議会 ・8次計画策定諮問	5/26 第1回審議会 ・策定委員指名			9/22 第2回審議会 ・策定委員指名					第3回審議会 ・8次計画案答申	
策定委員会		12/20 第1回委員会 ・委員長の選任 ・WGの設置 ・国の検討状況	2/3 第2回委員会 ・国の検討状況 ・県の現状、目指すべき方向性 ・第7次計画進捗	5/26 第3回委員会 ・国の作成指針 ・県民医療意識調査報告 ・計画の枠組み ・二次医療圏の設定			9/22 第4回委員会 ・計画の骨子案 ・グランドデザイン案		第5回委員会 ・計画素案 ・基準病床数			第6回委員会 ・計画案の決定	
ワーキンググループ			3/9~3/30 第1回WG ・座長選任 ・8次計画の概要 ・国の検討状況 ・ロジックモデルの概要 ・現状と課題	6/5~6/12 第2回WG ・国の作成指針 ・ロジックモデル案の検討		8/24~9/5 第3回WG ・ロジックモデル案の検討 ・分野別計画案の検討 ・疾病・事業ごとの二次医療圏相互の連携体制の検討 ・機能別医療機関一覧の検討		10/16~10/31 第4回WG ・ロジックモデル案及び分野別計画案の検討・決定					
既存会議体		3/16 第1回がん対協 2/8 第1回循環器病対策協議会 3/17 第1回精神保健福祉審議会作業部会 3/28 第1回地対協		7/18 第1回がん作業部会 7/13 第1回循環器病作業部会 6/5 第2回精神保健福祉審議会作業部会 5/30 第1回地対協		9/12 第2回がん作業部会 9/21 第2回循環器病作業部会 9/15 第3回精神保健福祉審議会作業部会 9/7 第2回地対協 8/3 第1回感染症対策連携協議会 9/14 第2回感染症対策連携協議会		第1回がん対協 第1回循環器病対策協議会 11/6 第1回精神保健福祉審議会 第3回地対協 第3回感染症対策連携協議会			第4回地対協	第5回地対協	
圏域連携会議(調整会議)<10圏域>	8/20~9/30 第1回調整会議	1/31~2/27 第2回調整会議				8/29~9/19 第1回圏域連携会議(調整会議) ・8次計画策定状況の確認、意見交換		第2回圏域連携会議(調整会議) ・素案に対する意見交換				第3回調整会議	
その他		県民医療意識調査 レセプトデータベース構築・分析							医療機能調査		パプコメ、関係団体への意見照会	部局長会議 ・計画決定	

第5節 こころの健康

こころの健康には、身体状況、社会経済状況、住居や職場の環境、対人関係等、多くの要因が影響します。

こころの健康の保持のためには、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す休養といった3つの要素に加え、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことが必要とされています。

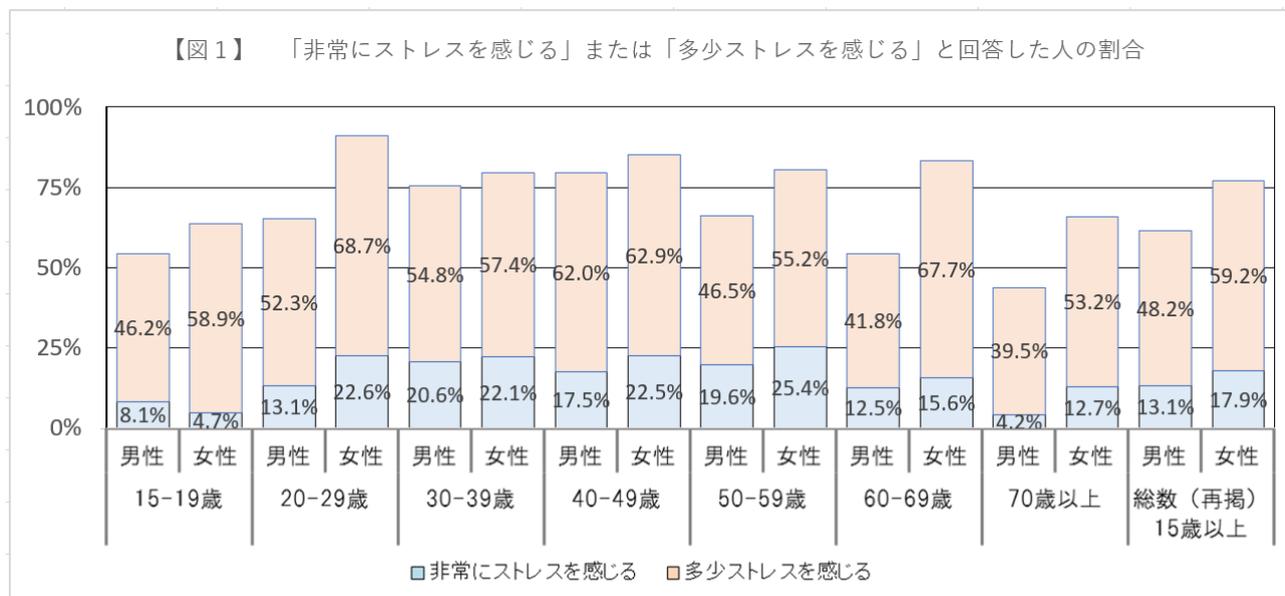
過度なストレスは自殺の原因にもなり得ることから、地域、学校、職場におけるこころの健康づくりやメンタルヘルス対策が重要となっています。また、既にこころの健康に問題を抱えている方に対する正しい理解と、地域、学校、職場による、回復・適応に関する支援の充実が求められています。

第1 現状と課題

1 ストレスの状況

- 適度なストレスはやる気や作業の能率を上げることもあります。対処できないほどのストレスや長期間にわたるストレスは、精神的・身体的な健康に影響を及ぼすこととなります。
- 「非常にストレスを感じる」と回答した人の割合は、15歳以上の男性が13.1%、女性が17.9%となっており、性・年齢階級別では50歳代女性(25.4%)が最も高く、次いで20歳代女性(22.6%)となっています。
- 「多少ストレスを感じる」と回答した人の割合は、15歳以上の男性が48.2%、女性が59.2%となっており、性・年齢階級別では20歳代女性(68.7%)が最も高く、次いで60歳代女性(67.7%)となっています。

【図1】 「非常にストレスを感じる」または「多少ストレスを感じる」と回答した人の割合

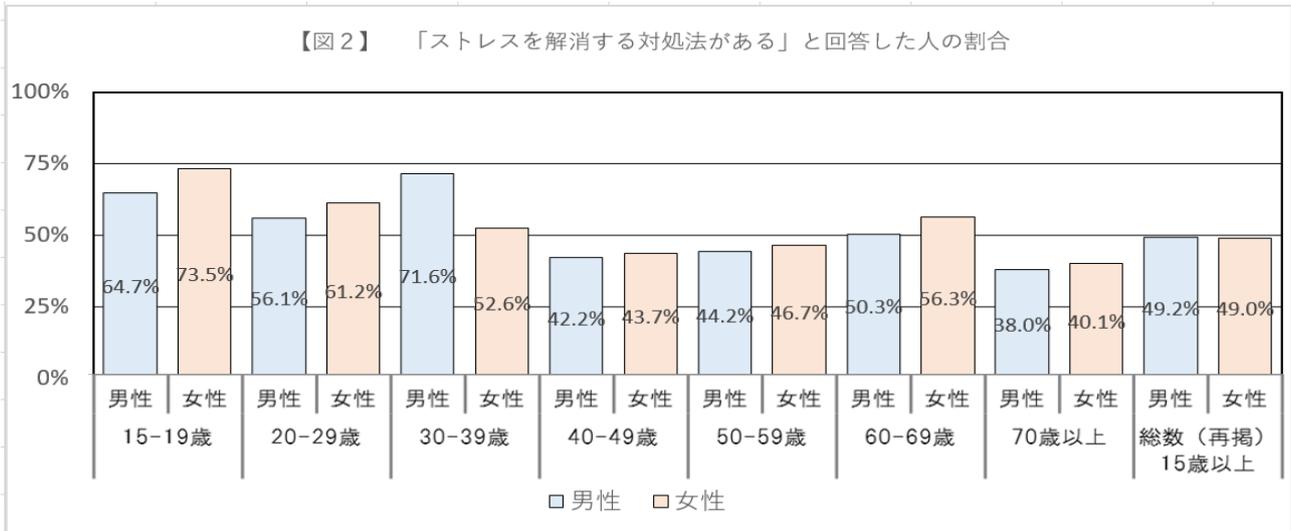


(長野県「令和元年度県民健康・栄養調査」)

2 ストレス対処法の状況

- こころの健康を維持するためには、適切なストレス対処法をもつことが必要です。
- 「ストレスを解消する対処法がある」と回答した人の割合は、15歳以上の男性が49.2%、女性が49.0%となっており、性・年齢階級別では15-19歳女性（73.5%）が最も高く、次いで30歳代男性（71.6%）となっています。

【図2】 「ストレスを解消する対処法がある」と回答した人の割合

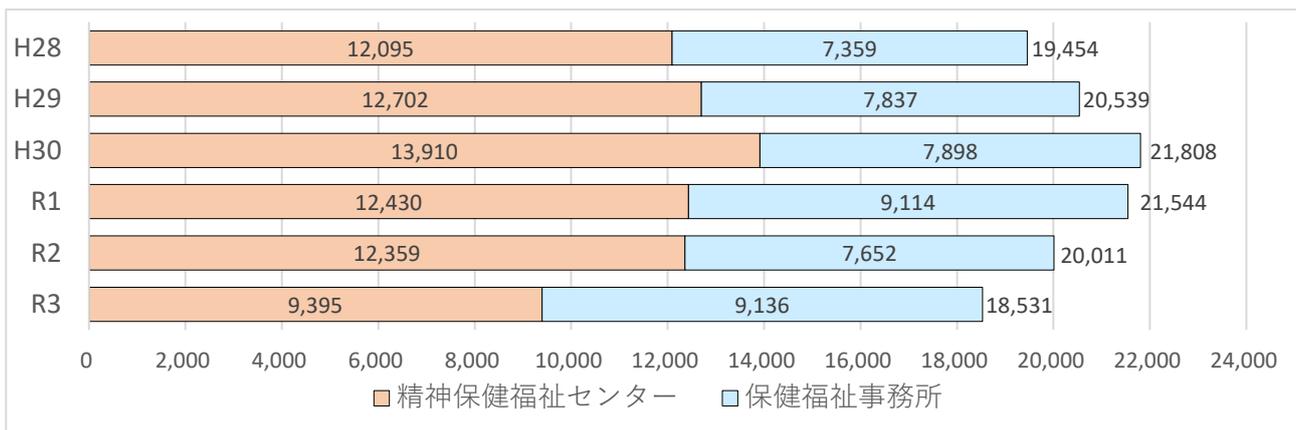


（長野県「令和元年度県民健康・栄養調査」）

3 精神保健福祉相談の状況

- 県においては、精神保健福祉センター及び保健福祉事務所において、電話および対面による精神保健福祉相談を実施しています。相談支援件数は平成30年度（2018年度）には21,808件と過去最多となっています。令和元年度以降の相談支援件数の減少は、新型コロナウイルス感染症の流行により対面による相談支援への影響があったこと、市町村や関係団体等の相談窓口との連携が進んできていること等が考えられます。相談支援のニーズの増減については、引き続き注視していく必要があります。
- 悩みを抱える人が、確実に適切な相談支援につながるよう、市町村や関係団体等と連携した相談体制の拡充と、こころの健康やその相談窓口についての周知・啓発が必要です。

【図4】 精神保健福祉センター及び保健福祉事務所における精神保健福祉相談件数



（厚生労働省「衛生行政報告例」及び「地域保健・健康増進事業報告」）

第2 目指すべき方向と施策の展開

1 目指すべき県民の健康状態等

- 過度なストレスを感じる人を減らすこと。
- ストレスを解消する対処法をもつ人を増やすこと。

2 地域におけるこころの健康づくりの推進

- 精神保健福祉センター及び保健福祉事務所における精神保健福祉相談を継続実施します。
- 市町村等と連携して、こころの健康に関する相談窓口の周知及び研修会や講演会の開催等による啓発に取り組みます。
- 地域に正しい知識と理解を広めるとともに、ゲートキーパーをはじめ、傾聴などによって寄り添った支援ができる人を養成することで、メンタルヘルスに問題を抱える方を支援する社会環境づくりを目指します。
- 学校におけるこころの健康づくりや職場におけるメンタルヘルス対策との連携を推進します。

3 学校におけるこころの健康づくりの推進

- こころの健康の保持に関する教育や、SOS の出し方に関する教育※を推進します。
- 学校生活相談センターやスクールカウンセラー等が児童生徒の悩み相談に対応します。
- 児童生徒から相談を受けた養護教諭が専門医に指導・助言を求めることのできる体制を整備します。

※ 命や暮らしの危機に直面したときに、「誰に」「どのように」助けを求めればよいかを学ぶための教育

4 職場におけるメンタルヘルス対策の推進

- 労政事務所において、メンタルヘルスの専門相談が可能な特別労働相談員（産業カウンセラー）を設置し、メンタルヘルスに関する相談に対応します。
- 労働局や産業保健総合支援センター等の関係機関と連携し、労働者等への職場のメンタルヘルスに関する啓発に取り組みます。
- 労働局と連携して、平成 27 年（2015 年）12 月から義務化※されたストレスチェック制度の適切な実施等、職場におけるメンタルヘルス対策の更なる普及促進に取り組みます。

※ 従業員 50 人未満の事業場については努力義務

令和 5 年度（2023 年度）からの「第 4 次長野県自殺対策推進計画」においても、心の健康づくりやメンタルヘルス対策等について記載しています。

第3 指標・目標

1 県民の健康状態等

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	「非常にストレスを感じる」人の割合（15歳以上）	男性：13.1% 女性：17.9% (2019)	男性：13.0% 以下 女性：17.8% 以下	現状より減少させる	県民健康・栄養調査
O	「ストレスを解消する対処法がある」人の割合（15歳以上）	男性：49.2% 女性：49.0% (2019)	男性：49.3% 以上 女性：49.1% 以上	現状より増加させる	県民健康・栄養調査

2 地域におけるこころの健康づくりの推進

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	精神保健福祉相談窓口の設置 ・保健福祉事務所 ・精神保健福祉センター	11か所	11か所	現状を維持する	県実施事業
P	一般住民対象のこころの健康に関する講演会・相談会を実施する市町村数	42市町村 (2021)	43市町村 以上	現状より増加させる	市町村実態調査

3 学校におけるこころの健康づくりの推進

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	SOSの出し方に関する教育を実施する公立中学校の割合	92.0% (2022)	100%	全校で実施する	県調査
P	スクールカウンセラーの配置（派遣）校数（公立学校） 高校 中学校 小学校	全校（派遣） 全校 全校	全校 全校 全校	現状を維持する	県実施事業

4 職場におけるメンタルヘルス対策の推進

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	特別労働相談員（産業カウンセラー）の設置	4か所	4か所	現状を維持する	県実施事業
P	事業場において、メンタルヘルス推進担当者を選任している割合	60.4% (2022)	60.5%以上	現状より増加させる	安全衛生年間計画書調査
P	事業場においてメンタルヘルス対策の研修会を行っている割合 労働者対象 管理者対象	53.9% 54.2% (2022)	54.0%以上 54.3%以上	現状より増加させる	安全衛生年間計画書調査
P	事業場において労働者からの相談対応の体制を整備している割合	75.0% (2022)	75.1%以上	現状より増加させる	安全衛生年間計画書調査
P	職場復帰支援体制を整備する事業場の割合	42.1% (2022)	42.2%	現状より増加させる	安全衛生年間計画書調査

注) 「区分」欄 S (ストラクチャー指標) : 保健・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) : 保健・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4 関連する分野及び個別計画

(1) 関連する分野

保健医療計画 精神疾患対策 (第〇編第〇節)、依存症対策推進計画 (第〇編第〇節)

(2) 関連する個別計画

長野県自殺対策推進計画

県民健康・栄養調査のデータは、パブリックコメントまでに 令和4年調査の数値に差し替え予定。

