

宮城県循環器病対策推進計画

令和4年3月
宮城県

目次

第1章 計画の策定

第1節 策定の趣旨	1
第2節 計画の位置付け	2
第3節 計画期間	3
第4節 SDG s の達成に向けた取組	4

第2章 循環器病を取り巻く現状

第1節 人口	5
第2節 健康寿命	7
第3節 主な危険因子の状況	9
第4節 死因順位	11
第5節 年齢調整死亡率	12
第6節 介護の状況	15
第7節 医療費の推移	16
第8節 受療率	18

第3章 全体目標と基本方針

第1節 全体目標	19
第2節 基本方針	20

第4章 分野ごとの課題と施策

第1節 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	21
第2節 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	27

第5章 総合的かつ計画的な推進

【参考資料】

- ・ロジックモデル
- ・ロジックモデル指標一覧
- ・宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会構成員名簿
- ・計画策定の経過

第1章 計画の策定

第1節 策定の趣旨

脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は、我が国の主要な死亡原因です。令和2（2020）年の人口動態統計では、心疾患は死亡原因の第2位、脳血管疾患は第4位であり、両者を合わせると、悪性新生物（がん）に次ぐ死亡原因となっており、年間30万人以上の国民が亡くなっています。

また、令和元（2019）年の国民生活基礎調査によると、介護が必要となった主な原因に占める割合は、脳血管疾患が16.1%、心疾患が4.5%であり、両者を合わせると20.6%と最多となっているほか、平成30（2018）年度版の国民医療費の概況によると、平成30（2018）年度の傷病分類別医療診療費31兆3,251億円のうち、循環器系の疾患が占める割合は6兆596億円で最も多くなっています。

このように、循環器病は国民の生命や健康に重大な影響を及ぼす疾患であるとともに、社会全体に大きな影響を与える疾患です。

こうした現状に鑑み、予防や医療及び福祉に係るサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することで健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資することを目的として、健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（以下「基本法」という。）が平成30（2018）年12月に成立し、令和元（2019）年12月に施行されました。

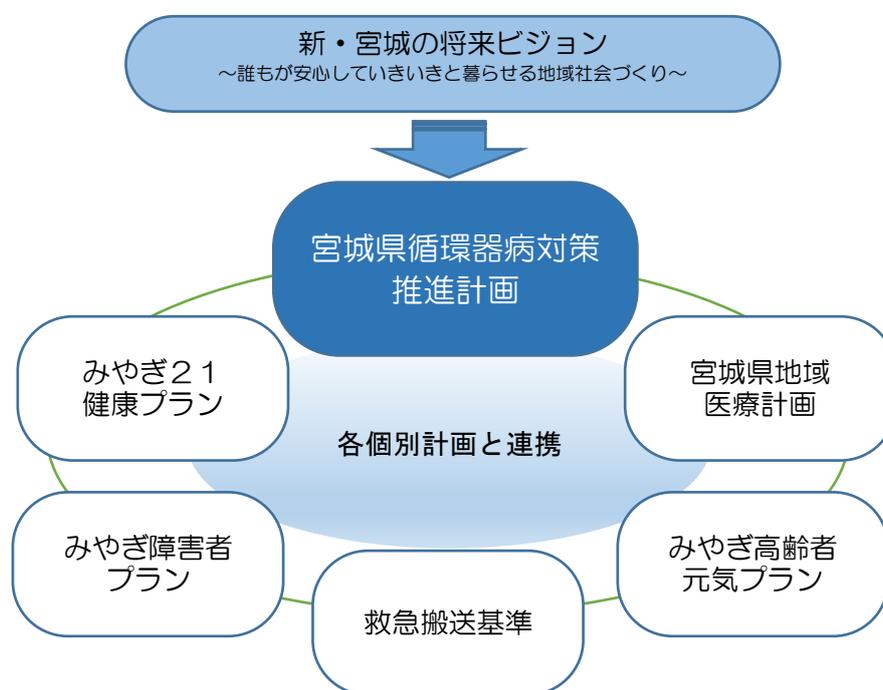
また、国は基本法に基づいて循環器病対策推進基本計画を策定し、循環器病対策の基本的な方向について明らかにしました。

このような国の動きを踏まえ、本県においても、基本法に基づき、県の循環器病対策の方向性を示し、循環器病に関わる生活習慣や健康状態の改善、医療提供体制の整備等を更に推進するため本計画を策定するものです。

第2節 計画の位置付け

本計画は、県政運営の基本的な指針である「新・宮城の将来ビジョン」の政策推進の基本方向「誰もが安心していきいきと暮らせる地域社会づくり」の実現を図るための個別計画に位置付けられます。

また、基本法第11条第1項の規定による都道府県計画であり、国の「循環器病対策推進基本計画」を基本とし、「宮城県地域医療計画（医療費適正化計画を含む）」「みやぎ21健康プラン」「みやぎ高齢者元気プラン」「みやぎ障害者プラン」「救急搬送実施基準」の関連計画等との整合を図っています。



第3節 計画期間

計画期間は令和4（2022）年度から令和5（2023）年度までの2年間とします。

これは、「みやぎ21健康プラン」「宮城県地域医療計画」等の関連計画との調和を図るため、これらの現計画の終期及び次期計画の始期と一致させるものです。

	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
みやぎ21健康プラン	H25～R5年度（11年間）						
地域医療計画	H30～R5年度（6年間）						
医療費適正化計画	H30～R5年度（6年間）						
みやぎ高齢者元気プラン				R3～R5年度（3年間）			
みやぎ障害者プラン	H30～R5年度（6年間）						
歯と口腔の健康づくり基本計画	H30～R5年度（6年間）						
（参考）救急搬送実施基準	H23～						

第4節 SDGsの達成に向けた取組

平成27(2015)年に国際連合で採択された持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals: SDGs)は、令和12年(2030)年を目標年度とし、「誰一人取り残さない」持続可能な世界の実現に向け、貧困の撲滅や教育の充実、働きがいと経済成長の両立、気候変動への対策、陸や海の豊かさを守るといった17のゴール、169のターゲット(ゴールごとの詳細な方向性)から構成される「世界共通の目標」です。

本計画では、上記17のゴールのうち、主に「3 すべての人に健康と福祉を」、「8 働きがいも経済成長も」、「17 パートナースhipで目標を達成しよう」が関連しており、これらのSDGsの達成に向けて、循環器病対策に関する各種事業の推進に取り組みます。

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



◆ 「SDGs」を達成するための具体的施策

施策の体系	対象となるゴール
1 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発	3
2 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実	
①健診の普及や取組の推進	3
②救急搬送体制の整備	3
③医療提供体制の構築	3
④社会連携に基づく患者支援	3
⑤リハビリテーション等の取組	3
⑥患者等への適切な情報提供・相談支援	3, 17
⑦循環器病の緩和ケア	3
⑧後遺症を有する者に対する支援	3, 17
⑨治療と仕事の両立支援・就労支援	3, 8
⑩小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	3

第2章 循環器病を取り巻く現状

第1節 人口

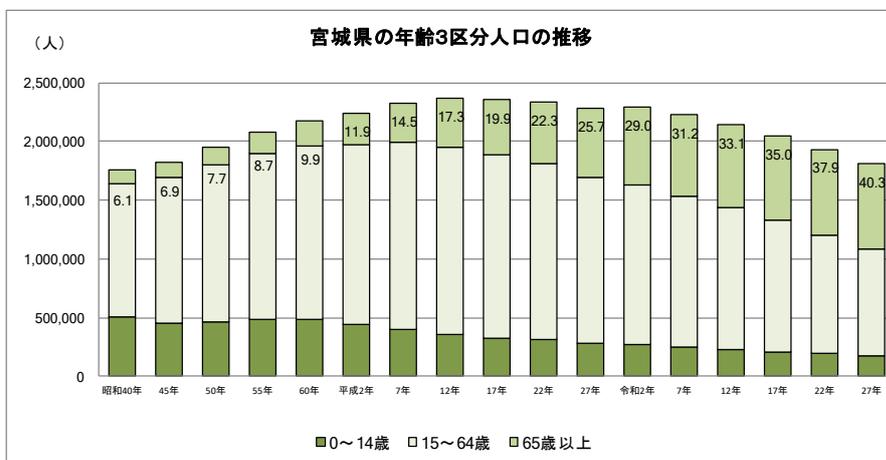
宮城県の人口は、平成27(2015)年国勢調査によると233万4千人ですが、令和7(2025)年の推計人口は222万7千人で、10万7千人減少する見込みです。また、高齢化率は平成27(2015)年の25.7%から令和7(2025)年には31.2%に増加する見込みであり、県民のおよそ3人に1人が65歳以上の高齢者という極めて高齢化の進んだ社会が到来すると見込まれています。

循環器病は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあるため、高齢化を踏まえたより一層の対策が必要です。

《図表2-1-1》宮城県の年齢3区分別人口の推移（昭和25年～令和27年）

	人口(人)				割合(%)			
	総数	0～14歳	15～64歳	65歳以上	総数	0～14歳	15～64歳	65歳以上
昭和25年	1,663,442	620,274	975,587	67,520	100.0	37.3	58.6	4.1
30年	1,727,065	619,598	1,025,790	81,670	100.0	35.9	59.4	4.7
35年	1,743,195	584,497	1,063,732	94,966	100.0	33.5	61.0	5.4
40年	1,753,126	503,630	1,141,867	107,629	100.0	28.7	65.1	6.1
45年	1,819,223	448,834	1,244,711	125,678	100.0	24.7	68.4	6.9
50年	1,955,267	460,953	1,343,632	150,010	100.0	23.6	68.7	7.7
55年	2,082,320	480,552	1,419,497	180,689	100.0	23.1	68.2	8.7
60年	2,176,295	480,899	1,478,820	215,457	100.0	22.1	68.0	9.9
平成 2年	2,248,558	439,313	1,535,449	266,759	100.0	19.5	68.3	11.9
7年	2,328,739	394,331	1,595,534	337,520	100.0	16.9	68.5	14.5
12年	2,365,320	353,516	1,601,826	409,156	100.0	14.9	67.7	17.3
17年	2,360,218	325,829	1,558,087	470,512	100.0	13.8	66.0	19.9
22年	2,348,165	308,201	1,501,638	520,794	100.0	13.1	63.9	22.3
27年	2,333,899	286,003	1,410,322	588,240	100.0	12.5	61.7	25.7
令和 2年	2,296,113	270,527	1,360,305	665,281	100.0	11.8	59.2	29.0
7年	2,227,471	248,940	1,282,718	695,813	100.0	11.2	57.6	31.2
12年	2,143,601	228,867	1,205,387	709,347	100.0	10.7	56.2	33.1
17年	2,046,219	208,564	1,121,287	716,368	100.0	10.2	54.8	35.0
22年	1,933,258	191,022	1,009,234	733,002	100.0	9.9	52.2	37.9
27年	1,809,021	173,630	905,996	729,395	100.0	9.6	50.1	40.3

出典 昭和25年～平成27年：国勢調査
令和2年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」（平成30年3月推計）
注）昭和35年～昭和45年以外は、総数に「年齢不詳」を含む。

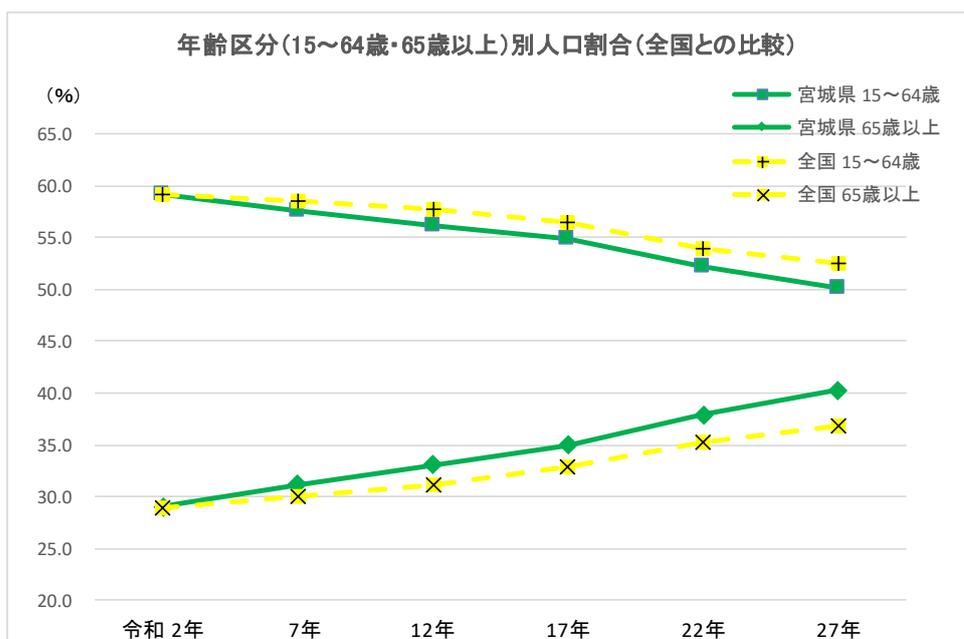


出典 昭和40年～平成27年：国勢調査
令和2年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」（平成30年3月推計）
注）グラフ上部の数値は65歳以上の人口割合(%)

平成 27 年時点で宮城県の 15 歳未満人口割合は 12.5% (全国 12.5%), 15 歳から 64 歳までは 61.7% (全国 60.8%), 65 歳以上は 25.7% (全国 26.6%) です。全国の人口構成と比較すると、生産年齢人口割合は大きく、老年人口割合は小さくなっていますが、宮城県の高齢化は今後全国よりも進むと推計されています。

《図表 2 - 1 - 2》年齢 3 区分別人口割合の推移 (全国, 県) (単位: %)

	宮城県			全国		
	0～14歳	15～64歳	65歳以上	0～14歳	15～64歳	65歳以上
昭和40年	28.7	65.1	6.1	25.7	68.0	6.3
45年	24.7	68.4	6.9	24.0	68.9	7.1
50年	23.6	68.7	7.7	24.3	67.7	7.9
55年	23.1	68.2	8.7	23.5	67.4	9.1
60年	22.1	68.0	9.9	21.5	68.2	10.3
平成 2年	19.5	68.3	11.9	18.2	69.7	12.1
7年	16.9	68.5	14.5	16.0	69.5	14.6
12年	14.9	67.7	17.3	14.6	68.1	17.4
17年	13.8	66.0	19.9	13.8	66.1	20.2
22年	13.1	63.9	22.3	13.2	63.8	23.0
27年	12.5	61.7	25.7	12.5	60.8	26.6
令和 2年	11.8	59.2	29.0	12.0	59.1	28.9
7年	11.2	57.6	31.2	11.5	58.5	30.0
12年	10.7	56.2	33.1	11.1	57.7	31.2
17年	10.2	54.8	35.0	10.8	56.4	32.8
22年	9.9	52.2	37.9	10.8	53.9	35.3
27年	9.6	50.1	40.3	10.7	52.5	36.8



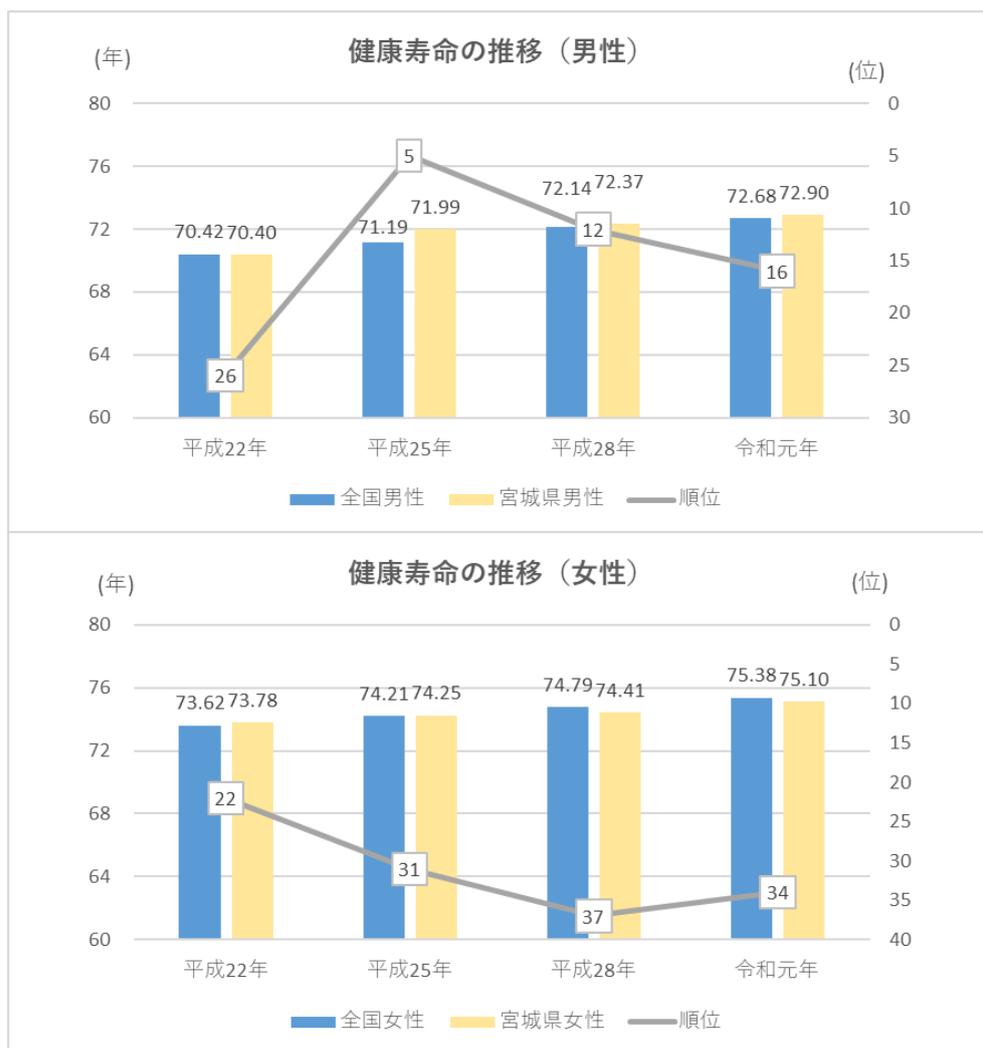
出典 昭和40年～平成27年: 国勢調査
 令和2年以降: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」
 (平成30年3月推計), 「日本人の将来推計人口(平成29年推計)出生中位推計」
 注) 昭和35年～昭和45年以外は, 総数に「年齢不詳」を含む。

第2節 健康寿命

健康寿命とは「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」のことです。

男女とも緩やかな上昇傾向が継続しており、令和元（2019）年は宮城県男性 72.90 年（全国 72.68 年）で全国 16 位、宮城県女性 75.10 年（全国 75.38 年）で全国 34 位となっています。平成 22（2010）年と比較すると、男性は 2.50 年、女性は 1.32 年延びています。

《図表 2 - 2 - 1》都道府県別健康寿命：男女別（全国，県）



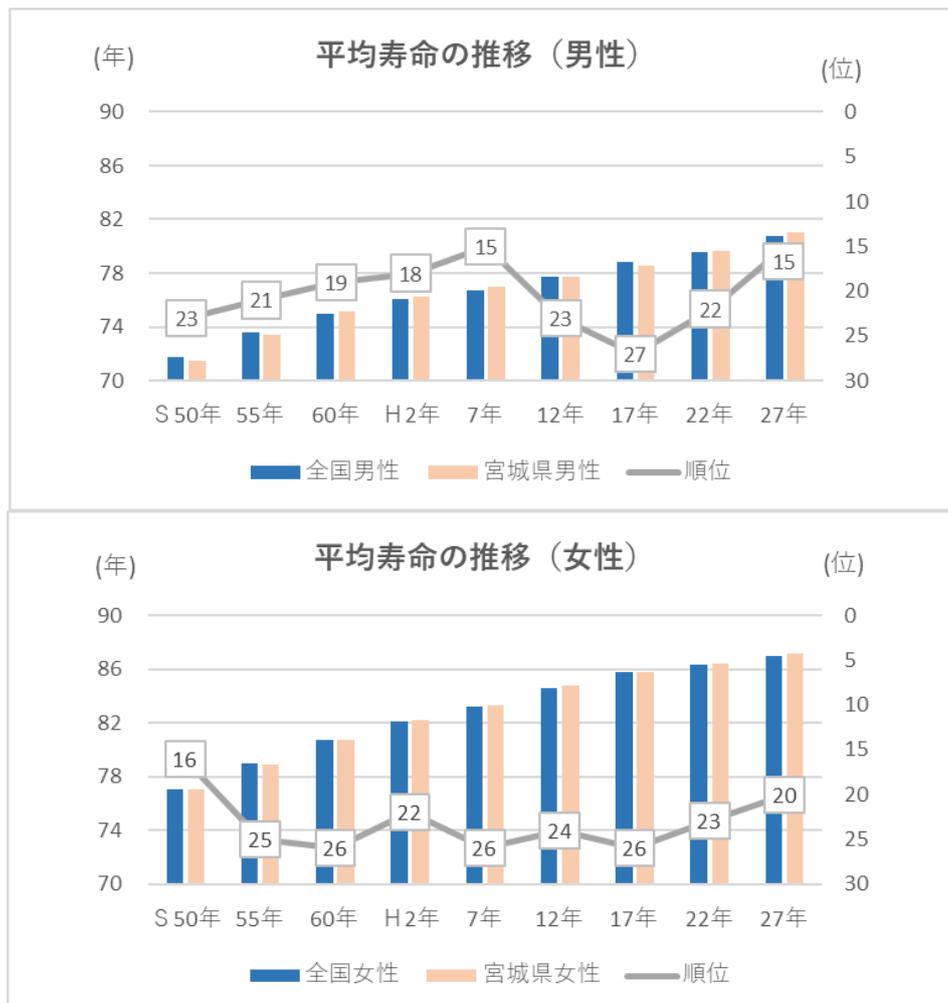
出典 厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究（日常生活に制限のない期間の平均）」

全国、宮城県ともに平均寿命は延伸を続けています。高齢化が進行している宮城県においては、個人の生活の質の低下を防ぐためのみならず、社会保障制度の持続可能性を高めるためにも、健康寿命を延伸させ、平均寿命との差を縮めていくことが重要です。

《図表 2 - 2 - 2》平均寿命の推移：男女別（全国，県）

（単位：年，位）

	昭和50年	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
全国男性	71.79	73.57	74.95	76.04	76.70	77.71	78.79	79.59	80.77
宮城県男性	71.50	73.40	75.11	76.29	77.00	77.71	78.60	79.65	80.99
宮城県男性順位	23	21	19	18	15	23	27	22	15
全国女性	77.01	79.00	80.75	82.07	83.22	84.62	85.75	86.35	87.01
宮城県女性	77.00	78.85	80.69	82.15	83.32	84.74	85.75	86.39	87.16
宮城県女性順位	16	25	26	22	26	24	26	23	20



出典 第22回生命表（完全生命表）の概況（厚生労働省 平成29年3月）

第3節 主な危険因子の状況

循環器病の主な危険因子としては、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の4つが挙げられます。これらの本県における状況は、次のとおりです。

(1) 高血圧

高血圧は、他の危険因子と比べてその影響が大きいとされていますが、本県の高血圧性疾患の受療率^{※1}（人口10万対・平成29年）は684で全国平均の515を大きく上回っています。また、平成30年度の特健診における収縮期血圧の有所見率を見ると、男性43.4%、女性33.7%で男女ともに全国ワースト12位となっています。

この主な要因として、食塩摂取量が多い、歩数が少ない、喫煙等の生活習慣が関連していると考えられます。

(2) 脂質異常症

脂質異常症は、虚血性心疾患の危険因子とされていますが、平成30年度の特健診におけるLDLコレステロールの有所見率を見ると、男性51.7%、女性52.5%で全国平均より低くなっています。

(3) 喫煙

喫煙習慣者の割合は男女ともに全国平均より大きく、男性33.2%（全国28.8%）（令和元年）、女性9.7%（全国8.8%）（令和元年）となっており、男女ともに全国ワースト7位になっています。

(4) 糖尿病

本県の糖尿病の受療率^{※1}（人口10万対・平成29年）は199で全国平均の192を上回っています。また、平成30年度の特健診におけるHbA1c^{※2}の有所見率を見ると、男性60.6%で全国ワースト1位、女性61.1%で全国ワースト2位となっています。

また、循環器病との関連があるとされるメタボリックシンドローム^{※3}の該当者及び予備群の割合は、31.4%（令和元年度）で全国ワースト2位となっています。

《図表2-3-1》主な危険因子の受療率（人口10万対）（平成29年）

項目	受療率		
	県値	全国値	順位
高血圧性疾患	684	515	10
糖尿病	199	192	25

出典 平成29年患者調査（厚生労働省）

※1 出典 平成29年患者調査

※2 HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー又はエイチピーエーワンシー）
過去1～2か月の血糖値の状態を反映した指標。

※3 メタボリックシンドローム
内臓脂肪型肥満に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか2つ以上をあわせもった状態。

《図表 2-3-2》特定健診結果における検査項目ごとの有所見率（平成 30 年度）

（県値・全国値：％，順位：位）

項目 〔有所見域〕	男性			女性		
	県値	全国値	順位	県値	全国値	順位
BMI 〔25kg/m ² 以上〕	37.9	35.1	6	23.8	20.5	9
腹囲 〔男性：85cm以上，女性：90cm以上〕	52.4	49.5	4	17.7	15.2	8
収縮期血圧 〔130mmHg以上〕	43.4	39.2	12	33.7	30.0	12
拡張期血圧 〔85mmHg以上〕	33.0	28.7	6	16.7	14.5	8
中性脂肪 〔150mg/dl以上〕	29.3	27.7	8	12.2	11.7	22
HDL 〔40mg/dl未満〕	7.9	7.2	9	1.4	1.2	14
LDL 〔120mg/dl以上〕	51.7	54.3	42	52.5	54.2	41
空腹時血糖 〔100mg/dl以上〕	43.1	41.1	24	21.3	21.9	33
HbA1c 〔5.6％以上〕	60.6	49.6	1	61.1	48.2	2

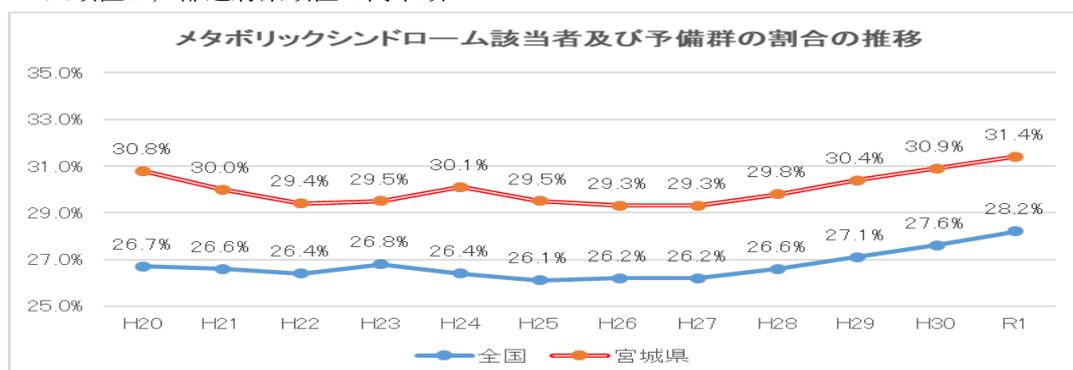
出典 NDB オープンデータ（厚生労働省）

※順位は，都道府県順位で高率順

《図表 2-3-3》メタボリックシンドローム予備群及び該当者割合の推移（全国，県）

	メタボ予備群			メタボ該当者			該当者+予備群		
	全国(%)	宮城県(%)	順位	全国(%)	宮城県(%)	順位	全国(%)	宮城県(%)	順位
平成20年度	12.4	13.0	9	14.4	17.7	1	26.7	30.8	2
21年度	12.3	12.5	17	14.3	17.5	1	26.6	30.0	2
22年度	12.0	11.9	26	14.4	17.5	2	26.4	29.4	2
23年度	12.1	12.1	24	14.6	17.5	2	26.8	29.5	2
24年度	11.9	12.4	7	14.5	17.7	1	26.4	30.1	2
25年度	11.8	12.6	4	14.3	16.9	2	26.1	29.5	2
26年度	11.8	12.2	11	14.4	17.0	3	26.2	29.3	3
27年度	11.7	12.1	13	14.4	17.2	2	26.2	29.3	3
28年度	11.8	12.2	13	14.8	17.6	2	26.6	29.8	3
29年度	12.0	12.3	13	15.1	18.1	2	27.1	30.4	2
30年度	12.2	12.4	14	15.5	18.5	2	27.6	30.9	2
令和元年度	12.3	12.8	9	15.9	18.7	3	28.2	31.4	2

※順位は，都道府県順位で高率順



出典 特定健診・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省）

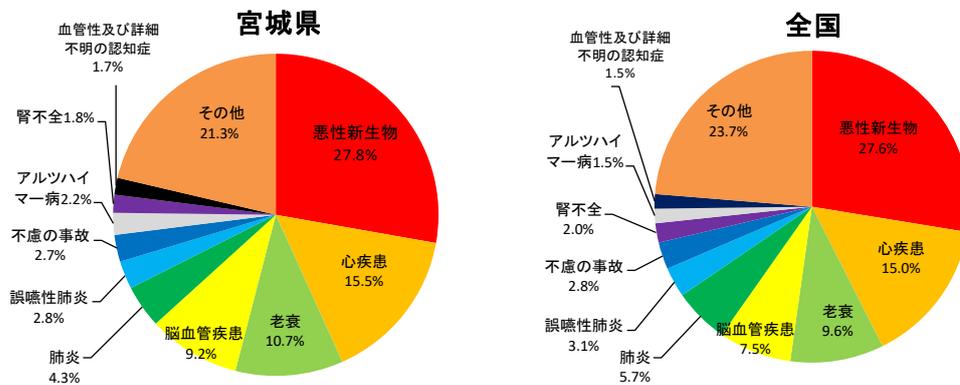
第4節 死因順位

宮城県の死因順位（令和2年）は、第1位悪性新生物、第2位心疾患、第3位老衰、第4位脳血管疾患となっています。宮城県の心疾患が死亡総数に占める割合は15.5%（全国15.0%）、脳血管疾患は9.2%（全国7.5%）であり、全国平均よりも大きくなっています。

《図表2-4》死因順位表（全国，県）（令和2年）

	令和2年				令和元年			令和2年/令和元年		
	死因順位	死因	死亡数 (人)	死亡率 (人口10 万人対)	死亡総数 に占める 割合(%)	死因順位	死因	死亡数 (人)	増減数 (人)	対前年比
宮城県		全死亡総数	24,632	1,083.7	100.0%		全死亡総数	25,202	△ 570	97.7
	第1位	悪性新生物	6,845	301.1	27.8%	第1位	悪性新生物	6,822	23	100.3
	第2位	心疾患	3,824	168.2	15.5%	第2位	心疾患	3,973	△ 149	96.2
	第3位	老衰	2,637	116.0	10.7%	第4位	老衰	2,392	245	110.2
	第4位	脳血管疾患	2,275	100.1	9.2%	第3位	脳血管疾患	2,470	△ 195	92.1
	第5位	肺炎	1,057	46.5	4.3%	第5位	肺炎	1,293	△ 236	81.7
	第6位	誤嚥性肺炎	695	30.6	2.8%	第7位	誤嚥性肺炎	670	25	103.7
	第7位	不慮の事故	659	29.0	2.7%	第6位	不慮の事故	708	△ 49	93.1
	第8位	アルツハイマー病	534	23.5	2.2%	第8位	アルツハイマー病	546	△ 12	97.8
	第9位	腎不全	445	19.6	1.8%	第9位	腎不全	458	△ 13	97.2
第10位	血管性及び詳細不明の認知症	418	18.4	1.7%	第10位	血管性及び詳細不明の認知症	404	14	103.5	
全国		全死亡総数	1,372,755	1,113.8	100.0%		全死亡総数	1,381,093	△ 8,338	99.4
	第1位	悪性新生物	378,385	307.0	27.6%	第1位	悪性新生物	376,425	1,960	100.5
	第2位	心疾患	205,596	166.8	15.0%	第2位	心疾患	207,714	△ 2,118	99.0
	第3位	老衰	132,440	107.5	9.6%	第3位	老衰	121,863	10,577	108.7
	第4位	脳血管疾患	102,978	83.6	7.5%	第4位	脳血管疾患	106,552	△ 3,574	96.6
	第5位	肺炎	78,450	63.7	5.7%	第5位	肺炎	95,518	△ 17,068	82.1
	第6位	誤嚥性肺炎	42,746	34.7	3.1%	第6位	誤嚥性肺炎	40,385	2,361	105.8
	第7位	不慮の事故	38,133	30.9	2.8%	第7位	不慮の事故	39,184	△ 1,051	97.3
	第8位	腎不全	26,948	21.9	2.0%	第8位	腎不全	26,644	304	101.1
	第9位	アルツハイマー病	20,852	16.9	1.5%	第10位	アルツハイマー病	20,730	122	100.6
第10位	血管性及び詳細不明の認知症	20,815	16.9	1.5%	第9位	血管性及び詳細不明の認知症	21,394	△ 579	97.3	

出典 死亡数：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態調査」保管統計表都道府県編死亡・死因第2表
死亡率：死亡数及び日本人口（国勢調査人口等基本集計）から算出



第5節 年齢調整死亡率

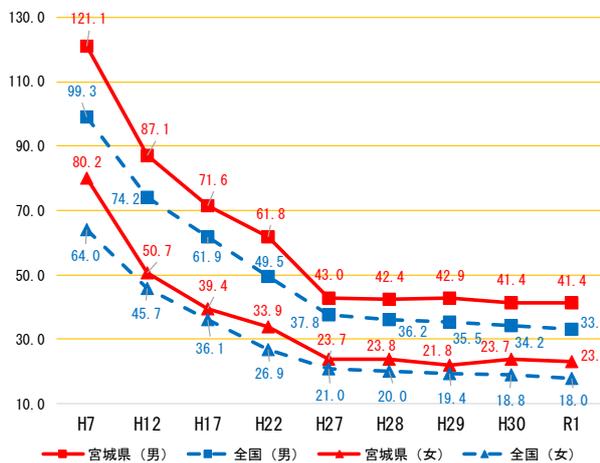
宮城県の脳血管疾患年齢調整死亡率（人口10万対）（令和元年）を見ると男性41.4^{※1}、女性23.1^{※1}となっており、近年は緩やかな減少傾向が見られます。都道府県別順位（平成27年）は高率順で男性が全国13位^{※2}、女性が全国11位^{※2}と全国より高くなっています。

また、宮城県の心疾患年齢調整死亡率（人口10万対）（令和元年）を見ると男性は63.0^{※1}で近年は緩やかな減少傾向が、女性は32.1^{※1}で横ばい傾向が見られます。なお、男性は全国22位^{※2}、女性全国36位^{※2}で全国平均と大きな差は見られません。

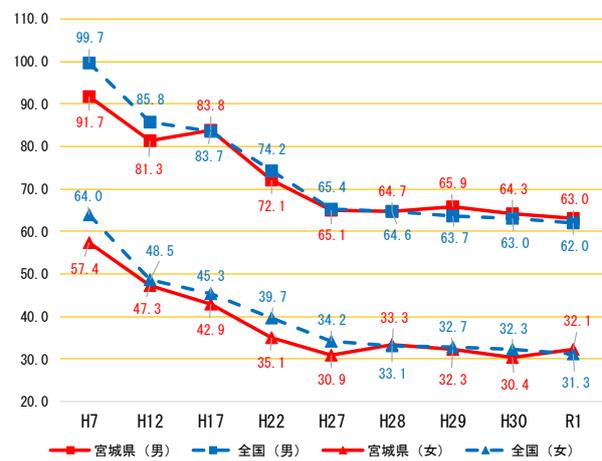
大動脈瘤及び解離年齢調整死亡率（人口10万対）（令和元年）を見ると男性7.3^{※1}、女性3.2^{※1}で近年はほぼ横ばいで推移しています。都道府県順位（平成27年）は高率順で男性が全国7位^{※2}、女性が全国9位^{※2}と全国より高くなっています。

《図表2-5-1》年齢調整死亡率の推移（人口10万対）

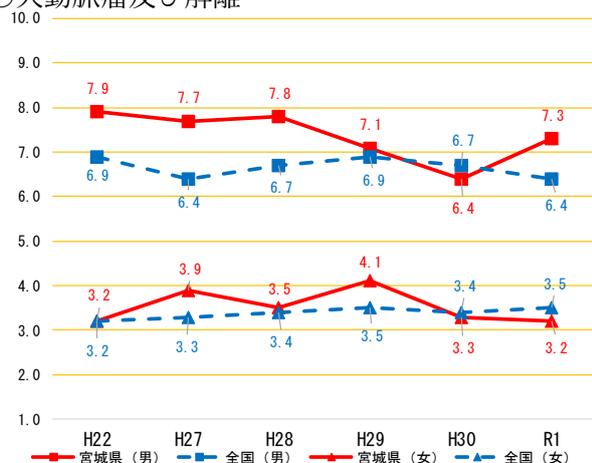
○脳血管疾患^{※1}



○心疾患^{※1}



○大動脈瘤及び解離^{※1}



※1 出典 平成2～27年：人口動態統計特殊報告

平成28年以降：死亡数、人口及び昭和60年モデル人口から算出

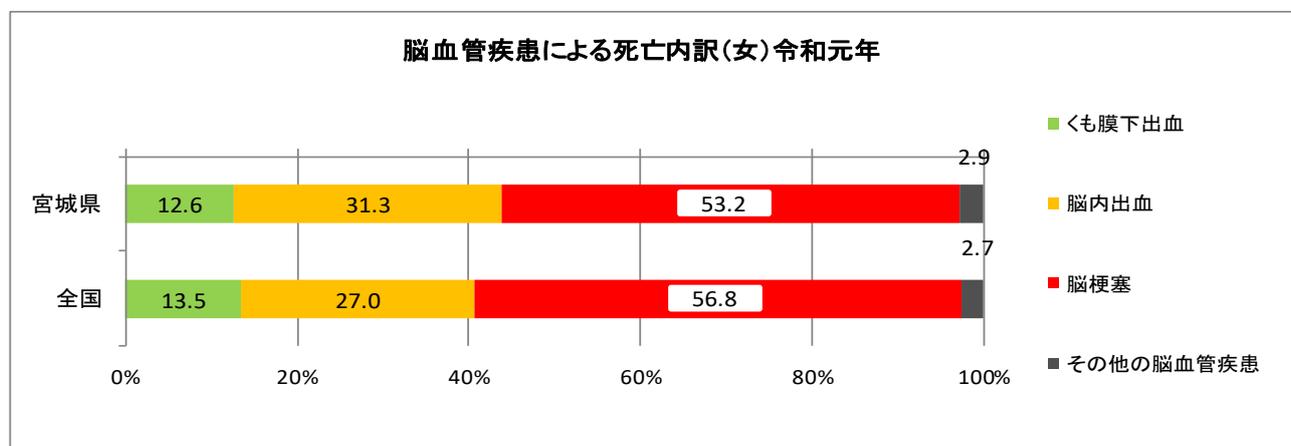
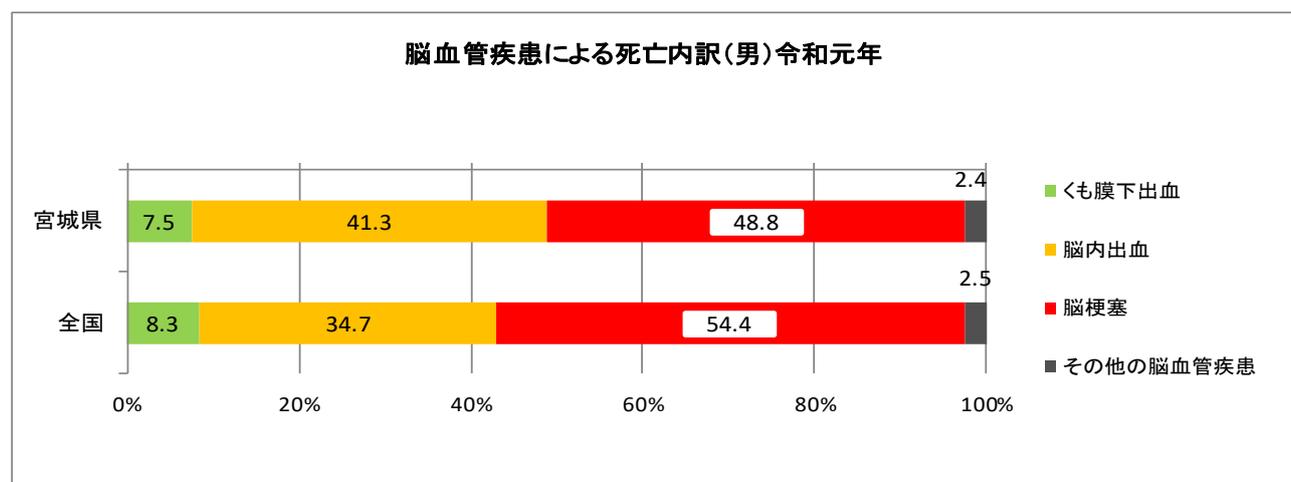
死亡数 厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」保管統計表都道府県編死亡・死因第2表
人口 総務省「人口推計」第10表 都道府県、年齢(5歳階級)、男女別人口(日本人人口)

※2 出典 人口動態統計特殊報告（平成27年都道府県別年齢調整死亡率）

宮城県の脳血管疾患死亡者内訳の比率を見ると、男女ともに「脳梗塞」が最も多く、次いで「脳内出血」「くも膜下出血」となっています。この順位は全国でも同様ですが、令和元年では宮城県は全国と比較すると「脳梗塞」が少なく、「脳内出血」が多くなっています。

《図表 2 - 5 - 2》脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口 10 万対)及び死亡者の性・疾病別年次推移 (単位: 人)

男性	H29	H30	R1	女性	H29	H30	R1
(宮城県) 年齢調整死亡率	42.9	41.4	41.4	(宮城県) 年齢調整死亡率	21.8	23.7	23.1
脳血管疾患総数(人)	1,168	1,145	1,152	脳血管疾患総数(人)	1,201	1,283	1,318
くも膜下出血	79	86	86	くも膜下出血	138	166	166
脳内出血	456	474	476	脳内出血	383	412	413
脳梗塞	608	567	562	脳梗塞	657	678	701
その他の脳血管疾患	25	18	28	その他の脳血管疾患	23	27	38
(全国) 年齢調整死亡率	35.5	34.2	33.2	(全国) 年齢調整死亡率	19.4	18.8	18.0
脳血管疾患総数(人)	53,198	52,398	51,768	脳血管疾患総数(人)	56,698	55,788	54,784
くも膜下出血	4,536	4,385	4,319	くも膜下出血	7,774	7,611	7,412
脳内出血	17,885	18,013	17,957	脳内出血	14,774	15,034	14,819
脳梗塞	29,499	28,727	28,172	脳梗塞	32,631	31,638	31,095
その他の脳血管疾患	1,278	1,273	1,320	その他の脳血管疾患	1,519	1,505	1,458



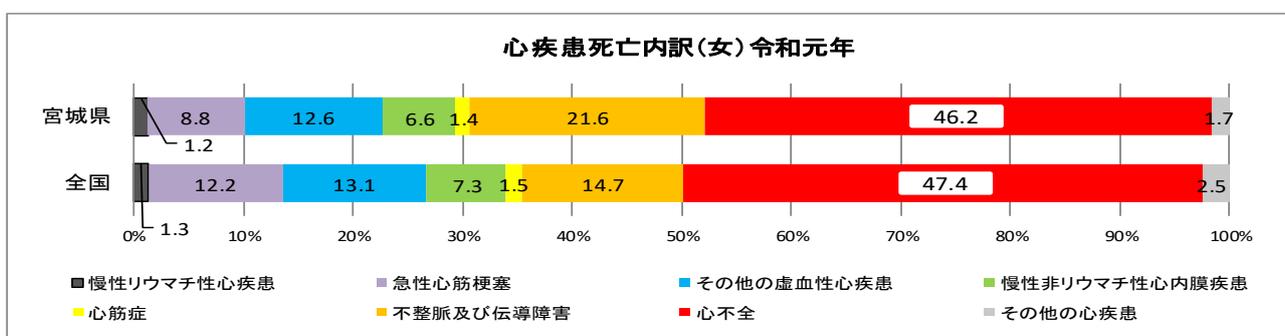
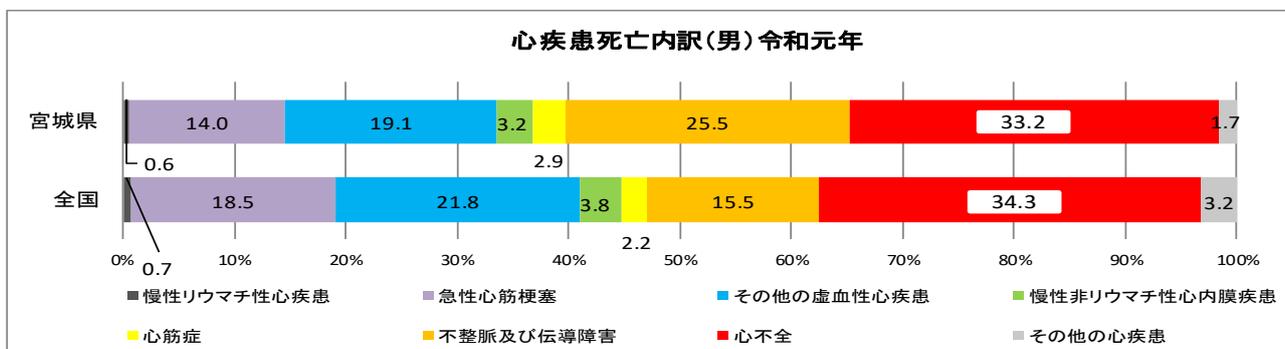
出典 死亡数: 厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」, 年齢調整死亡率: 人口推計(10月1日現在, 日本人人口)から算出。
年齢調整死亡率: 人口推計(10月1日現在, 日本人人口)から算出。

宮城県の心疾患死亡者内訳を見ると、男性は「心不全」、「心筋梗塞などの虚血性心疾患*」、「不整脈及び伝導障害」の順になっており、女性は「心不全」、「心筋梗塞などの虚血性心疾患*」の順になっています。

一方、全国の内訳を見ると、男性は「心筋梗塞などの虚血性心疾患*」、「心不全」、「不整脈及び伝導障害」の順となっており、女性は「心不全」、「心筋梗塞などの虚血性心疾患*」、「不整脈及び伝導障害」となっています。

《図表 2 - 5 - 3》心疾患の年齢調整死亡率(人口 10 万対)及び死亡者の性・疾病別年次推移 (単位：人)

男性	H29	H30	R1	女性	H29	H30	R1
(宮城県)年齢調整死亡率	65.9	64.3	63.0	(宮城県)年齢調整死亡率	32.3	30.4	32.1
心疾患総数(人)	1,866	1,845	1,876	心疾患総数(人)	2,014	2,021	2,097
慢性リウマチ性心疾患	7	21	11	慢性リウマチ性心疾患	23	19	26
急性心筋梗塞	270	288	262	急性心筋梗塞	186	196	184
その他の虚血性心疾患	363	375	358	その他の虚血性心疾患	262	254	264
慢性非リウマチ性心内膜疾患	93	67	60	慢性非リウマチ性心内膜疾患	130	153	138
心筋症	62	49	54	心筋症	47	41	29
不整脈及び伝導障害	470	450	478	不整脈及び伝導障害	462	413	452
心不全	561	567	622	心不全	871	911	969
その他の心疾患	40	28	31	その他の心疾患	33	34	35
(全国)年齢調整死亡率	63.7	63.0	62.0	(全国)年齢調整死亡率	32.7	32.3	31.3
心疾患総数(人)	96,330	98,035	98,210	心疾患総数(人)	108,538	110,186	109,504
慢性リウマチ性心疾患	775	746	666	慢性リウマチ性心疾患	1,522	1,484	1,379
急性心筋梗塞	19,978	19,207	18,146	急性心筋梗塞	14,978	14,300	13,381
その他の虚血性心疾患	20,504	21,655	21,441	その他の虚血性心疾患	14,408	14,920	14,358
慢性非リウマチ性心内膜疾患	3,817	3,853	3,761	慢性非リウマチ性心内膜疾患	8,076	8,166	8,022
心筋症	2,282	2,206	2,174	心筋症	1,742	1,672	1,624
不整脈及び伝導障害	14,522	15,059	15,197	不整脈及び伝導障害	15,628	15,796	16,064
心不全	31,303	32,212	33,678	心不全	49,527	51,099	51,887
その他の心疾患	3,149	3,097	3,147	その他の心疾患	2,657	2,749	2,789



出典 死亡数：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」，年齢調整死亡率：人口推計(10月1日現在，日本人口)から算出。
年齢調整死亡率：人口推計(10月1日現在，日本人口)から算出。

※ 「心筋梗塞などの虚血性心疾患」は，人口動態統計の「急性心筋梗塞」と「その他の虚血性心疾患」を合計したものを示す。

第6節 介護の状況

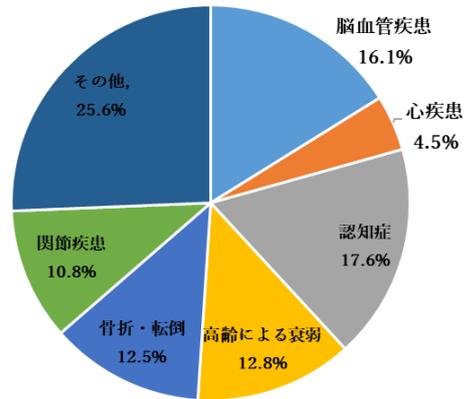
国民生活基礎調査（令和元年度）によると、介護が必要となった主な原因疾病は、脳血管疾患が16.1%、心疾患が4.5%で、両者をあわせると全体の20%以上を占め、最大の原因疾患となっています《図表2-6-1》。

特に脳血管疾患は、要介護5では第1位となっています《図表2-6-2》。脳血管疾患発症後に認知症機能障害の合併率が上昇し、介護負担が増加することも大きな問題です。

《図表2-6-1》介護が必要となった主な原因別割合（全国：要支援1・2及び要介護1～5）

（単位：％）

原因	割合
脳血管疾患	16.1
心疾患	4.5
認知症	17.6
高齢による衰弱	12.8
骨折・転倒	12.5
関節疾患	10.8
その他	25.6

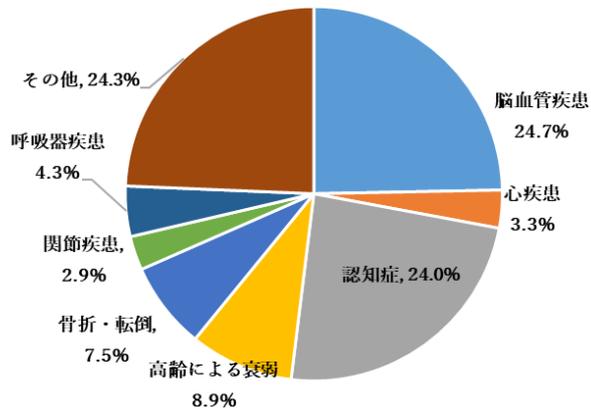


出典 国民生活基礎調査（令和元年度）

《図表2-6-2》介護が必要となった原因別割合（全国：要介護5）

（単位：％）

原因	割合
脳血管疾患	24.7
心疾患	3.3
認知症	24.0
高齢による衰弱	8.9
骨折・転倒	7.5
関節疾患	2.9
呼吸器疾患	4.3
その他	24.3



出典 国民生活基礎調査（令和元年度）

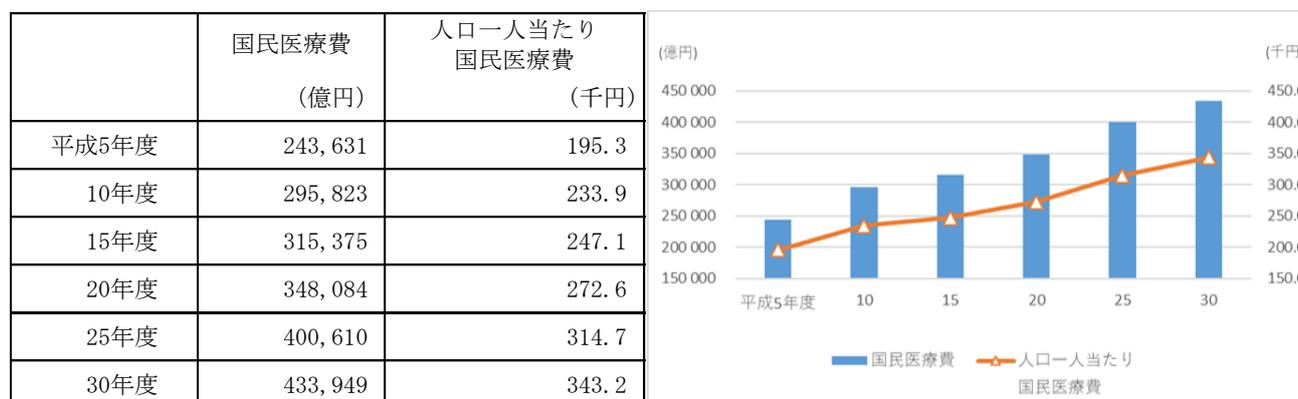
第7節 医療費の推移

全国の医療費は年々増加しており、平成30（2018）年度は国民医療費43兆3,949億円となっています。

人口一人当たりの国民医療費は、平成5（1993）年度が19万5,300円、平成30（2018）年度が34万3,200円で、約1.8倍となっています。

平成30年度の傷病分類別医科診療医療費を見ると、総額31兆3,251億円のうち、循環器系の疾患が占める割合は6兆596億円（19.3%）で最も多くなっています。

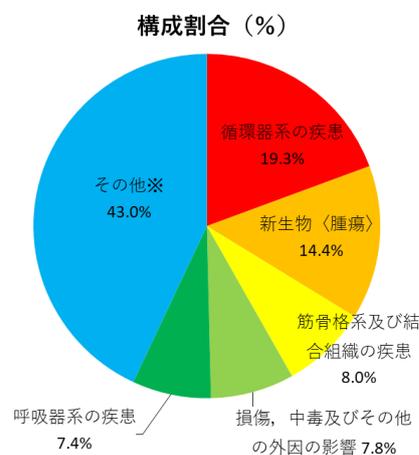
《図表2-7-1》国民医療費の推移と一人当たりの推移（全国）



出典 国民医療費の概況

《図表2-7-2》傷病分類別医科診療医療費（平成30年度）

傷病分類	順位	医科診療 医療費 (億円)	構成割合 (%)
循環器系の疾患	1	60,596	19.3
新生物（腫瘍）	2	45,256	14.4
筋骨格系及び結合組織の疾患	3	25,184	8.0
損傷、中毒及びその他の外因の影響	4	24,421	7.8
呼吸器系の疾患	5	23,032	7.4
その他※		134,762	43.0



出典 国民医療費の概況

※上位5傷病以外の傷病

宮城県の医療費を疾病別に見ると、循環器疾患（高血圧性疾患，心疾患，脳血管疾患など）が全体に占める割合は市町村国保，後期高齢者医療で第一位の疾病となっています。特に後期高齢者医療においては，全体の27.5%と非常に大きい割合を占めています。

《図表2-7-3》疾病別医療費の状況（令和元年度診療分）

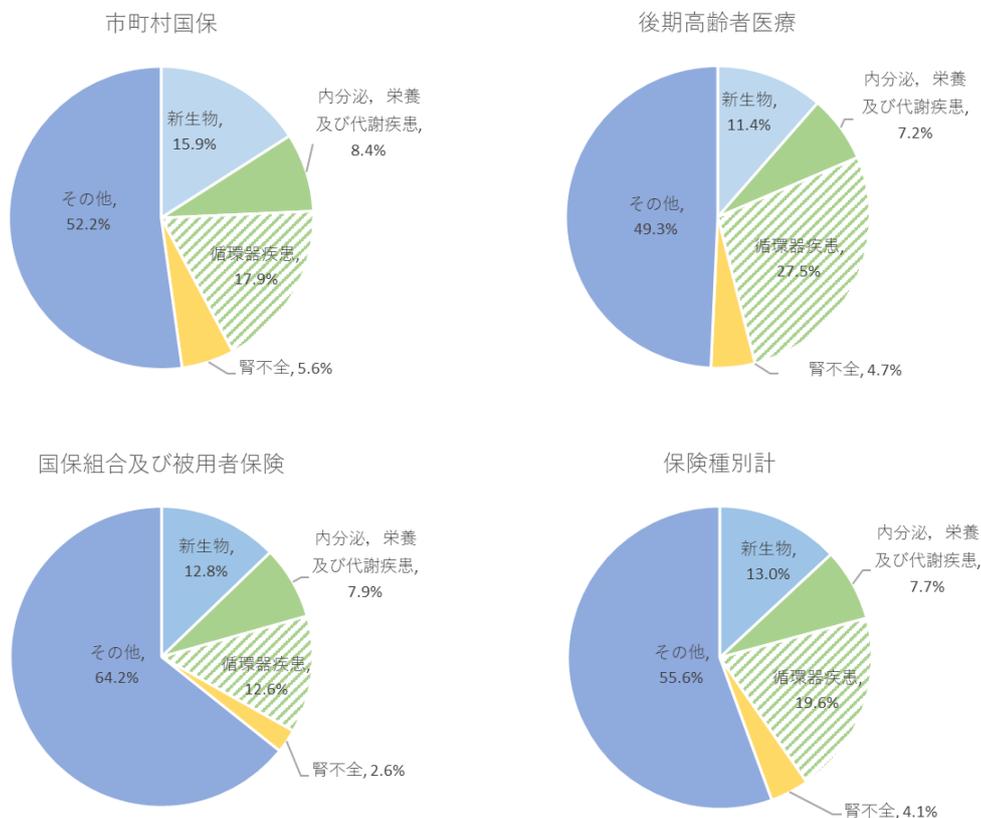
	市町村国保		後期高齢者医療		国保組合及び被用者保険		保険種別計	
	医療費 (億円)	割合	医療費 (億円)	割合	医療費 (億円)	割合	医療費 (億円)	割合
新生物	279	15.9%	295	11.4%	325	12.8%	898	13.0%
内分泌，栄養及び代謝疾患	147	8.4%	186	7.2%	200	7.9%	533	7.7%
糖尿病（再掲）	90	5.2%	114	4.4%	99	3.9%	303	4.4%
脂質異常症（再掲）	37	2.1%	49	1.9%	45	1.8%	131	1.9%
循環器疾患	314	17.9%	712	27.5%	320	12.6%	1,346	19.6%
高血圧性疾患（再掲）	133	7.6%	293	11.3%	144	5.7%	570	8.3%
心疾患（再掲）	93	5.3%	214	8.3%	102	4.0%	410	5.9%
脳血管疾患（再掲）	63	3.6%	170	6.6%	54	2.1%	288	4.2%
腎不全	98	5.6%	121	4.7%	65	2.6%	283	4.1%
その他	916	52.2%	1,275	49.3%	1,634	64.2%	3,825	55.6%
合計	1,754	100.0%	2,588	100.0%	2,544	100.0%	6,886	100.0%

出典 NDB都道府県別データセット 2019年度 疾病別内訳(医療費)

※「その他」は新生物，内分泌，栄養及び代謝疾患，循環器疾患，腎不全以外の疾病の医療費を指す。

※「被用者保険」は全国健康保険協会，船員保険，健康保険組合，共済組合の合計を指す。

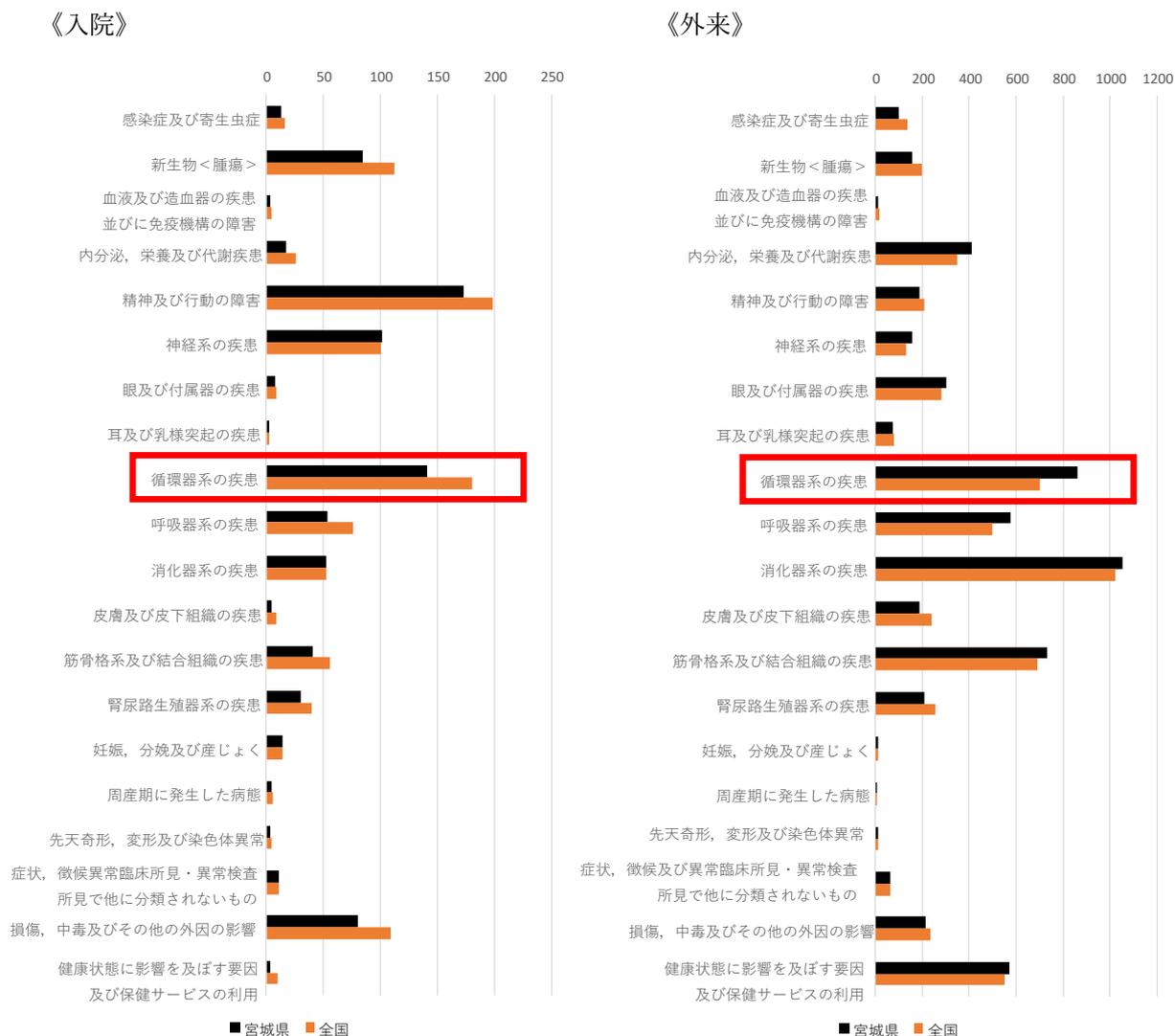
※なお，「医療費の動向」によると令和元年度宮城県の医療費は7,534億円。



第8節 受療率

傷病分類別受療率（人口10万対）（平成29年）で「循環器系の疾患」を見ると、入院では「精神及び行動の障害」に続き第2位、外来でも「消化器系の疾患」に続き第2位となっています。全国と比較すると、入院は全国より低くなっていますが、外来は全国より高くなっています。

《図表2-8》傷病分類別の受療率（人口10万対）の全国値との比較



出典 平成29年患者調査（厚生労働省）

第3章 全体目標と基本方針

第1節 全体目標

- 令和22（2040）年までに3年以上の健康寿命の延伸
- 循環器病の年齢調整死亡率の減少

国の「循環器病対策推進基本計画」において、「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸（2016年比）」と「循環器病の年齢調整死亡率の減少」が全体目標として掲げられています。

本県においても、同じ目標を設定し、「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」及び「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」を図ることにより、達成を目指します。

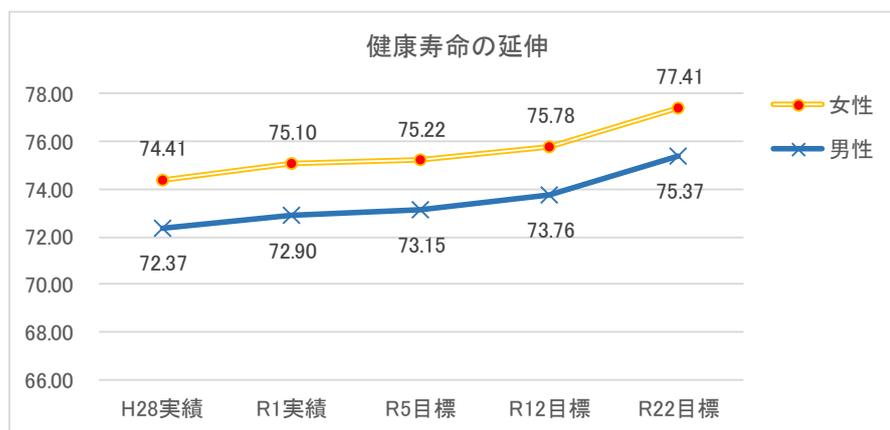
（1）健康寿命の延伸

宮城県の平成28（2016）年の健康寿命は、男性が72.37年、女性が74.41年となっています。これを令和22（2040）年までに3年以上延伸し、男性が75.37年以上、女性が77.41年以上になることを目指します。

この計画の最終年である令和5（2023）年における目標値は、「新・宮城の将来ビジョン実施計画」に掲げる健康寿命の目標値※を踏まえ、男性が73.15年以上、女性が75.22年以上とします。

《図表3-1-1》健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の延伸

	H28実績	R1実績	R5目標	R12目標	R22目標
男性	72.37	72.90	73.15	73.76	75.37
女性	74.41	75.10	75.22	75.78	77.41



出典 H28 及び R1 実績値：厚生労働科学研究「健康寿命の指標化に関する研究」、－健康日本21（第二次）等の健康寿命の検討－ 厚生科学審議会（健康日本21（第二次）推進専門委員会）、第11回健康日本21（第二次）推進専門委員会資料

※ 「新・宮城の将来ビジョン実施計画」に掲げる健康寿命の目標値
令和6年：男性73.21年、女性75.25年
令和12年：男性73.76年、女性75.78年

(2) 循環器病の年齢調整死亡率の減少

脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）について、男性43.0（平成27年）を37.1（令和5年）へ、女性23.7（平成27年）を22.2（令和5年）へ減少することを目指します。

心疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）について、男性65.1（平成27年）を60.9（令和5年）へ、女性30.9（平成27年）を29.4（令和5年）へ減少することを目指します。

《図表3-1-2》年齢調整死亡率（人口10万対）

		H27年実績	R5年度末目標
脳血管疾患	男性	43.0	37.1
	女性	23.7	22.2
心疾患	男性	65.1	60.9
	女性	30.9	29.4

出典 H27年実績値：人口動態統計特殊報告（平成27年都道府県別年齢調整死亡率）

※R5年度末目標値：「第7次宮城県地域医療計画」で設定の目標値に同じ。

第2節 基本方針

基本法の基本理念に照らし、宮城県の実情を踏まえた施策を展開し、次に掲げる施策を実施することにより、全体目標の達成を目指します。

- (1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発
- (2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実
 - ・健診の普及や取組の推進
 - ・救急搬送体制の整備
 - ・医療提供体制の構築
 - ・社会連携に基づく患者支援
 - ・リハビリテーション等の取組
 - ・患者等への適切な情報提供・相談支援
 - ・循環器病の緩和ケア
 - ・後遺症を有する者に対する支援
 - ・治療と仕事の両立支援・就労支援
 - ・小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

第4章 分野ごとの課題と施策

第1節 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

現状と課題

- 食塩摂取量が多いなど生活習慣の課題が多い
- 高血圧の者が多いなど健康課題が多い
- 循環器病の正しい理解が必要

施策の方向性

- スマートみやぎ健民会議を核とした支援体制の整備
- 生活習慣病予防啓発等の強化
- 糖尿病重症化予防の強化
- 循環器病の正しい知識の普及啓発

1 現状と課題

(1) 食塩摂取量が多いなど生活習慣の課題が多い

循環器病の多くは、不適切な食生活、運動不足、喫煙等の生活習慣に端を発して発症しますが、宮城県は、食塩摂取量が多い《図表4-1-1》、歩かない人が多い《図表4-1-2》、喫煙者が多い《図表4-1-3》など生活習慣の課題を多く抱えています。

食塩摂取量は男性11.9g^{※1}（全国10.8g^{※1}）、女性9.4g^{※1}（全国9.2g^{※1}）となっており、特に男性はワースト1位になっています（女性はワースト13位）。食塩摂取量は年々減少傾向にあるものの、全国平均を上回っています。

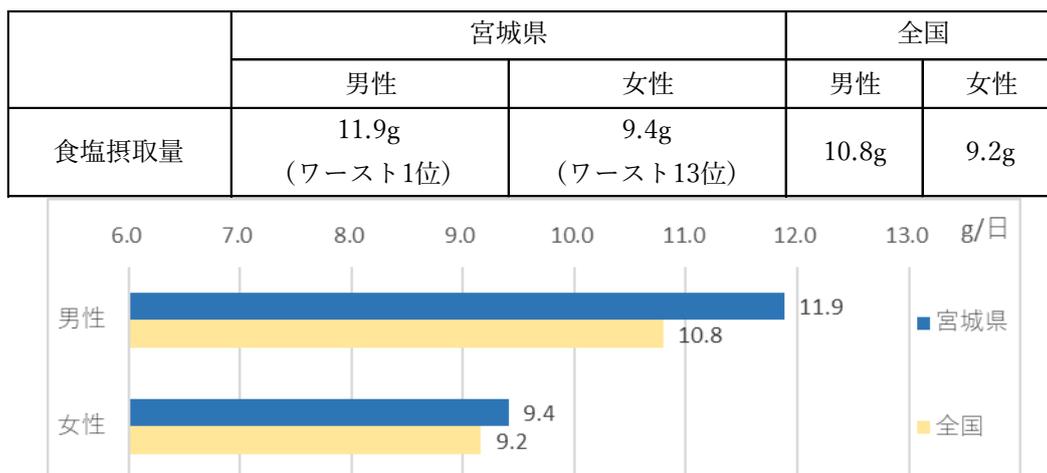
歩数は全国と比較して男女ともに少なく、男性6,803歩^{※1}（全国7,779歩^{※1}）、女性6,354歩^{※1}（全国6,776歩^{※1}）となっています。特に男性はワースト7位です（女性はワースト16位）。

喫煙習慣者の割合は、第2章第3節に記載のとおり、男女ともに全国平均より大きく、男性33.2%^{※2}（全国28.8%^{※2}）、女性9.7%^{※2}（全国8.8%^{※2}）となっており、男女ともにワースト7位になっています。

※1 出典 平成28年国民健康・栄養調査

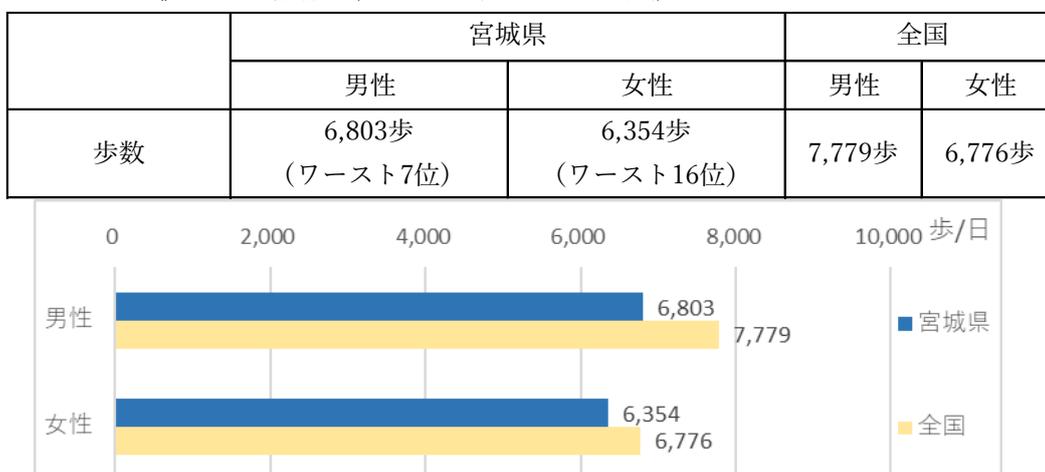
※2 出典 令和元年国民生活基礎調査

《図表 4 - 1 - 1》1日の食塩摂取量（平成 28 年：20 歳以上）



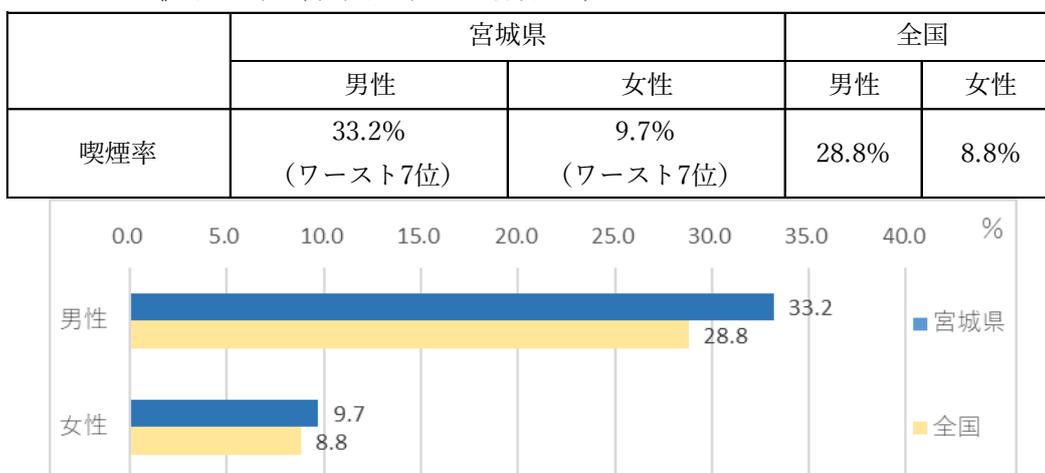
出典 平成 28 年国民健康・栄養調査（厚生労働省）

《図表 4 - 1 - 2》1日の歩数（平成 28 年：20～64 歳）



出典 平成 28 年国民健康・栄養調査（厚生労働省）

《図表 4 - 1 - 3》喫煙率（令和元年：20 歳以上）



出典 令和元年国民生活基礎調査（厚生労働省）

※「喫煙率」は「たばこを『毎日吸っている』、『時々吸う日がある』と回答した者の割合の合計

(2) 高血圧の者が多いなど健康課題が多い

本県は、第2章第3節に記載のとおり、高血圧の者が多く、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合も高くなっています。また、これらの要因となる肥満の割合も高い状況です。

5歳から17歳における肥満傾向児の出現率も男女ともにほぼ全ての年齢で全国平均値を上回っており、大人の肥満に繋がっていることも十分に考えられることから、家庭をはじめとして、子どもの頃からの食習慣や運動習慣の改善が大切です《図表4-1-4》。

なお、県では、宮城県医師会の協力を得て心疾患登録事業を実施していますが、急性心筋梗塞の患者には、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の罹患者及び喫煙者が多いことが判っています《図表4-1-5》。

《図表4-1-4》肥満傾向児の出現率（令和2年度） (単位：%)

区 分	男				女			
	宮城県値 (a)	全国値 (b)	差 (a-b)	順位	宮城県値 (a)	全国値 (b)	差 (a-b)	順位
幼稚園								
5歳	4.67	3.65	1.02	6	5.05	3.37	1.68	7
小学校								
1年生 6歳	5.35	5.85	△0.50	27	6.20	5.16	1.04	11
2 7歳	10.70	8.77	1.93	11	10.96	7.25	3.71	1
3 8歳	15.63	11.67	3.96	5	15.31	8.89	6.42	1
4 9歳	19.90	13.58	6.32	2	14.10	9.32	4.78	2
5 10歳	18.89	14.24	4.65	5	13.22	9.47	3.75	7
6 11歳	18.32	13.31	5.01	3	12.50	9.36	3.14	8
中学校								
1年生 12歳	17.04	12.71	4.33	2	11.02	8.89	2.13	11
2 13歳	13.24	12.18	1.06	14	11.04	8.53	2.51	7
3 14歳	13.35	10.94	2.41	10	9.30	8.29	1.01	17
高等学校								
1年生 15歳	15.76	12.07	3.69	6	9.10	7.30	1.80	11
2 16歳	17.10	11.54	5.56	2	4.88	6.59	△1.71	44
3 17歳	13.05	12.48	0.57	25	8.83	7.63	1.20	23

出典 学校保健統計調査結果報告

※肥満傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者をいう。

肥満度 = (実測体重 - 身長別標準体重) / 身長別標準体重 × 100 (%)

※順位は、都道府県順位で高率順

《図表4-1-5》急性心筋梗塞のリスクファクター別患者数

年 齢	総患者数	高血圧	糖尿病	高CHO血症	高LDL血症	高TG血症	高尿酸血症	タバコ
40代以下	94	51	32	50	39	33	10	67
(割合)	100%	54.3%	34.0%	53.2%	41.5%	35.1%	10.6%	71.3%
50代	171	110	58	78	52	36	18	110
(割合)	100%	64.3%	33.9%	45.6%	30.4%	21.1%	10.5%	64.3%
60代	296	218	115	121	73	52	36	169
(割合)	100%	73.6%	38.9%	40.9%	24.7%	17.6%	12.2%	57.1%
70代	330	265	138	130	74	46	45	144
(割合)	100%	80.3%	41.8%	39.4%	22.4%	13.9%	13.6%	43.6%
80代	256	207	103	101	55	19	30	55
(割合)	100%	80.9%	40.2%	39.5%	21.5%	7.4%	11.7%	21.5%
90代以上	65	54	19	14	12	6	4	5
(割合)	100%	83.1%	29.2%	21.5%	18.5%	9.2%	6.2%	7.7%
合 計	1,212	905	465	494	305	192	143	550
(割合)	100%	74.7%	38.4%	40.8%	25.2%	15.8%	11.8%	45.4%

出典 急性心筋梗塞調査報告書（令和2年分）（宮城県心筋梗塞対策協議会）

※割合：リスクファクターを有する患者数／年代別総患者数

（3）循環器病の正しい理解が必要

循環器病は、生活習慣病の予備群、生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行しますが、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があります。このため、循環器病の発症予防のみならず、再発予防や重症化予防としても生活習慣の改善が重要です。

また、循環器病は、急激に病態が変化する場合があるものの、適切な治療により予後を改善できる可能性があるため、発症後速やかに適切な治療を開始する必要があります。そのためには、患者やその家族等が、循環器病の発症を認識し、救急要請等を行うことにより、適切な治療を提供する医療機関を速やかに受診することが大切です。

県民が適切に循環器病の予防や重症化予防、早急な救急要請等を行うことができるようにするためには、循環器病の発症の要因や発症後の経過、後遺症などに関する循環器病の正しい理解が必要です。

(4) 循環器病の正しい知識の普及啓発

県民が適切に循環器病の予防や重症化予防, 疾患リスクの管理, 早急な救急要請等を行うことができるようにするため, 医師会や学会, 宮城県保険者協議会等の関係機関と連携し, 科学的知見に基づいた循環器病の正しい知識を広く県民に普及していきます。

第2節 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

I 健診の普及や取組の推進

現状と課題

- 特定健診受診率及び特定保健指導実施率の向上
- 特定健診及び特定保健指導の質の向上

施策の方向性

- 特定健診・保健指導従事者育成研修会の開催による人材育成
- 特定健診等の重要性の県民への普及啓発
- 循環器病の登録事業の実施
- 健診の実施体制の強化

1 現状と課題

本県における特定健診受診率及び特定保健指導実施率の状況を見ると、特定健診については、年々向上し、令和元年度は61.2%となっており、特定健診が開始された平成20年度以降全国平均を上回っています。また、特定保健指導については、全国平均よりも低い状態が続いていましたが、平成30年度以降は全国平均を上回り、令和元年度は25.2%となっています。

現状では、第7次地域医療計画に定める令和5年度の目標値（特定健診：70%、特定保健指導：45%）の達成が難しい状況にあり、更なる受診率及び実施率の向上に向けた取組が必要です。

また、特定健診及び特定保健指導の質の向上を図るため、PDCAサイクルに基づく適切な評価・分析により、その改善につなげていくことが求められています。

《図表4-2-1》特定健診受診率・特定保健指導実施率について

	特定健診受診率			特定保健指導実施率			
	全国(%)	宮城県(%)	順位	全国(%)	宮城県(%)	順位	
目標値※	70.0	70.0	—	目標値※	45.0	45.0	—
平成20年度	38.3	47.8	2	平成20年度	7.7	7.9	30
21年度	41.3	48.7	2	21年度	12.5	13.1	26
22年度	42.9	49.9	4	22年度	13.3	11.9	40
23年度	44.0	50.3	3	23年度	15.3	11.9	44
24年度	45.6	52.9	3	24年度	16.8	14.2	44
25年度	47.1	54.5	3	25年度	18.0	16.0	37
26年度	48.6	56.6	3	26年度	17.8	17.1	35
27年度	50.1	57.6	3	27年度	17.5	16.7	35
28年度	51.4	58.8	3	28年度	18.8	18.1	33
29年度	52.9	59.7	3	29年度	19.5	18.3	35
30年度	54.4	60.0	3	30年度	23.3	23.9	31
令和元年度	55.3	61.2	4	令和元年度	23.2	25.2	26

出典 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ

※全国目標値：「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」に定める令和5年度の目標値

※宮城県目標値：「第7次宮城県地域医療計画」に定める令和5年度の目標値

2 施策の方向性

(1) 特定健診・特定保健指導従事者育成研修会の開催による人材育成

第3期特定健診・特定保健指導の制度を理解し、厚生労働省の「標準的な健診・保健指導プログラム」を踏まえた健診・保健指導を効果的に実施できるよう、保険者協議会等との共催による県内の保健師等の特定健診・特定保健指導従事者を対象とした研修や、市町村職員を対象としたナッジ理論等を内容とする受診率向上のための研修等を実施していきます。

(2) 特定健診等の重要性の県民への普及啓発

宮城県保険者協議会（県と宮城県国民健康保険団体連合会で共同事務局を設置）では、特定健診受診率及び特定保健指導実施率を高めるとともに、生活習慣病重症化の予防と健康寿命の延伸に向けた広報ポスター等の作成などの普及啓発を実施しています。

引き続き、受診率や実施率の状況等を踏まえながら、マスメディア等を活用し、特定健診等の重要性について効果的な方法・内容で県民への普及啓発に取り組んでいきます。

(3) 循環器病の登録事業の実施

脳卒中と急性心筋梗塞の発症例の登録・追跡調査を行い、発症要因や発症後の経過などその疾病構造を明らかにし、生活習慣病発症・重症化予防対策の基礎資料とするため、宮城県対脳卒中協会、宮城県心筋梗塞対策協議会、宮城県医師会等と連携し、脳卒中登録事業及び心疾患登録事業を行っています。

登録管理事業では、平均発症年齢や高血圧、喫煙、糖尿病等、患者のリスクファクターを経年で調査し、調査結果について市町村等に情報提供を行っており、今後とも、特定保健指導をはじめとした生活習慣病予防対策の効果的な実施に結びつけていきます。

(4) 健診の実施体制の強化

県が設置する生活習慣病検診管理指導協議会は循環器病の有識者等で構成されており、生活習慣病の動向を把握するとともに、健診の実施方法や精度管理のあり方等について、専門的な見地から審議を行っています。

協議会の答申をもとに、市町村及び健診実施機関に対し助言することで、引き続き健診の受診率や質の向上等、健診実施体制の強化を図り、生活習慣病予防対策を推進していきます。

《図表4-2-2》令和2年度
宮城県保険者協議会作成ポスター



II 救急搬送体制の整備

現状と課題

- 発症から搬送までの時間が全国平均より長い
- 病院前救護体制の充実が求められている

施策の方向性

- ドクターヘリの安全かつ効果的な運用
- 救急搬送情報共有システムの効果的な運用
- メディカルコントロール協議会の活動を通じた救命措置等や直接搬送の推進
- 救急救命士の配備体制の充実
- 応急手当等の普及啓発

1 現状と課題

(1) 発症から搬送までの時間が全国平均より長い

令和元（2019）年中の 119 番通報から救急車の現場到着までの平均時間は 8.6 分で、全国平均と比べ 0.1 分短い所要時間となっていますが、救急車による 119 番通報から医療機関等への平均収容所要時間は 41.7 分と、全国平均 39.5 分を上回っています。前者は横ばい傾向で、後者は近年減少傾向にありますが、全国平均と比較すると時間を要していることから、救急患者の受入病院の確保や搬送時間の短縮が課題になっています。

《図表 4 - 2 - 3》宮城県と全国の搬送時間（現場到着時間及び平均収容所要時間）（分）

	H27		H28		H29		H30		R1	
	現場到着	平均収容	現場到着	平均収容	現場到着	平均収容	現場到着	平均収容	現場到着	平均収容
宮城県	8.6	42.5	8.5	41.1	8.4	40.7	8.6	41.0	8.6	41.7
全国平均	8.6	39.4	8.5	39.3	8.6	39.3	8.7	39.5	8.7	39.5
	0.0	3.1	0.0	1.8	▲ 0.2	1.4	▲ 0.1	1.5	▲ 0.1	2.2

出典 総務省消防庁「救急・救助の現況」

(2) 病院前救護体制の充実が求められている

脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患などでは、受診すべきかどうか判断できず様子を見てしまい、治療が遅れるなど初動に課題があります。まずは、緊急性を有する疾患であると認識しておくことが大変重要であり、救急隊連絡までの時間を短縮するために、医療機関の協力を得て、救急医療に関する県民への啓発が必要です。

脳血管疾患や循環器疾患、多発外傷等一刻を争う重篤患者については現場での蘇生処置が極めて重要であり、県民などのバイスタンダー（現場に居合わせた人）に対する心肺蘇生法の知識や自動体外式除細動器（AED）の普及が求められています。

また、救急救命士については、医師の包括的指示下での除細動、医師の具体的指示による気管挿管や薬剤投与、心肺機能停止前の輸液など、処置範囲が拡大されたことに伴い、病院前救護体制を質的に保証するメディカルコントロール体制の充実が求められています。

2 施策の方向性

(1) ドクターヘリの安全かつ効果的な運用

平成 28 年 10 月から運用を開始した宮城県ドクターヘリは県内全域をほぼ 30 分でカバーし、早期の医療提供による救命率の向上及び後遺症の軽減等を図っています。ドクターヘリを安全かつ効果的に運用していくため、的確な要請や適切な搬送が行われるよう、基地病院、消防機関及び搬送先医療機関などの関係機関とともに、症例検討の実施や啓発等の取組を実施していきます。

また、救急現場のなるべく近くにドクターヘリを着陸させ、より早期の初期治療を開始するため、消防機関等と連携し、ランデブーポイントの効率的な活用に努めていきます。

(2) 救急搬送情報共有システムの効果的な運用

救急隊の搬送先選定の効率化を図るため、救急隊の照会・搬送情報のほか、医療機関の空床状況、受入れの可否や当直医等の情報がリアルタイムで共有されるよう、仙台市のシステムと連携した救急搬送情報共有システムを構築し、平成 31 年 4 月より仙台医療圏において運用を行っています。今後、利用状況等を踏まえ、消防機関及び搬送先医療機関と連携して、更なる病院収容時間の短縮につながる効果的な運用を図ります。

(3) メディカルコントロール協議会の活動を通じた救命措置等や直接搬送の推進

脳卒中等において、適切な医療機関で早期に治療が開始されるよう、救急隊の現場到着から医療機関等収容までの時間短縮を図るため、平成 23 (2011) 年に「救急搬送実施基準」を策定しています。

今後も、救急搬送の実態の把握及び検証を踏まえ基準の見直しを継続しながら、円滑な搬送体制の整備を推進するとともに、救急隊への指示・指導・助言、再教育及び救急活動の事後検証など、メディカルコントロール体制の更なる充実を図ります。

(4) 救急救命士の配備体制の充実

救急隊は 3 名で構成されており、救急救命士が常時同乗している割合は全体で 91.0%となっております。メディカルコントロール体制の指導の下に救急救命士が培った能力を一人でも多くの県民へ提供するためにも、救急救命士の養成を促進し、病院前救護の充実に努めます。

(5) 応急手当等の普及啓発

一般県民による救急処置と判断に関する知識を普及させるためにも、消防本部に対する蘇生訓練用人形の寄贈や、地域防災の主力を担う消防団施設に対する AED 導入の補助を継続するとともに、応急手当講習会を通じ、脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患が緊急性を有する疾患であることを知ってもらい、また、心肺停止状態に対する応急処置と一次救命処置を体得してもらい、地域住民による病院前救護活動への参加を促進することに加え、救急医療への理解について啓発活動に努めます。

III 医療提供体制の構築

現状と課題

- t-PA^{※1}常時実施可能施設，専門医等が仙台医療圏に集中，地域格差が大
- 脳卒中患者等への在宅医療の充実が必要
- 循環器病の先端的かつ高度な治療に対応できる医療資源・医療技術が必要

施策の方向性

- 24時間体制で急性期医療が実施される新しい体制の整備，医療の均てん化
- 在宅医療の提供体制の構築及び関係機関の連携推進
- 各治療ステージに携わる人材の育成
- 循環器病治療体制の更なる充実・強化，治療内容や医療連携に係る調査研究

1 現状と課題

(1) t-PA 常時実施可能施設，専門医等が仙台医療圏に集中，地域格差が大

急性期脳梗塞治療の代表である t-PA を常時実施可能な施設，大動脈解離をはじめとした大動脈救急疾患の手術が可能な施設及び脳卒中，心筋梗塞等の心血管疾患又はリハビリテーションに対応する専門医資格を有する医師が仙台医療圏に集中しており，急性期脳卒中・急性期心血管疾患における医療体制は，医療圏ごとの地域格差が大きくなっています。t-PA を常時実施可能な施設は，特に仙南医療圏及び大崎・栗原医療圏において少ない傾向にあり《図表 4-2-4》，専門医については，特に仙台市とその他の市町村における地域偏在が課題となっています《図表 4-2-5》。

脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法の適用患者への実施件数は，全県では人口 10 万人当たり 13.6 件^{※2}となっていますが，二次医療圏別に見てみると，仙南医療圏 14.7 件^{※2}，仙台医療圏 13.6 件^{※2}，大崎・栗原医療圏の 12.0 件^{※2}，石巻・登米・気仙沼医療圏 14.0 件^{※2}となっています。

※1 t-PA (t-PA 静注療法)

脳梗塞において血管閉塞の原因となった血栓を溶解する薬剤である，t-PA を静脈から投薬し，閉塞血管を再開通させる脳梗塞急性期治療法のこと。

※2 出典 令和元年度 NDB データ (算定回数)。人口は令和 2 年 1 月 1 日現在

《図表4-2-5》各医療圏における脳卒中、心血管疾患に対応する診療科の医師数

上段：医師数 下段：人口10万対 (単位：人)	神経内科	脳神経外科	循環器内科	心臓血管外科	リハビリテーション科
宮城県	109 (4.7)	108 (4.7)	238 (10.3)	54 (2.3)	61 (2.6)
仙南	6 (3.5)	2 (1.2)	12 (7.0)	0 (0)	2 (1.2)
仙台	85 (5.5)	88 (5.7)	187 (12.2)	45 (2.9)	53 (3.5)
うち仙台市	74 (6.8)	65 (6.0)	159 (14.6)	45 (4.1)	40 (3.7)
うち仙台市以外	11 (1.2)	23 (2.5)	28 (3.1)	0 (0)	13 (1.4)
大崎・栗原	7 (2.6)	9 (3.4)	17 (6.4)	5 (1.9)	3 (1.1)
石巻・登米・気仙沼	11 (3.2)	9 (2.6)	22 (6.4)	4 (1.2)	3 (0.9)
(参考) 全国	5,166 (4.1)	7,528 (6.0)	12,732 (10.1)	3,214 (2.5)	2,705 (2.1)

出典 医師・歯科医師・薬剤師統計（平成30年12月31日現在）

（複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と1診療科のみに従事している場合の診療科）

（2）脳卒中患者等への在宅医療の充実が必要

宮城県は、脳血管疾患患者の在宅死亡割合が32.9%※と、他の主な疾患に比べて高くなっており、今後も在宅医療の需要が多く想定されるため、在宅医療をさらに充実していく必要があります。

在宅医療の提供体制については、24時間対応が可能な在宅療養支援診療所が137か所、在宅療養支援病院が22か所ありますが、各医療圏で差が見られるため、均てん化が求められるとともに、訪問診療を実施する診療所・病院の増加を図る必要があります。

《図表4-2-6》在宅療養支援診療所・病院数
(令和3年4月1日時点)

	在宅療養支援診療所数	在宅療養支援病院数※1
宮城県	137	22
仙南	5	4
仙台	96	12
大崎・栗原	19	4
石巻・登米・気仙沼	17	2

出典 施設基準の届出受理状況（東北厚生局）

《図表4-2-7》人口10万人対在宅療養支援診療所・病院数（令和3年4月1日時点）



出典 施設基準の届出受理状況（東北厚生局）
宮城県推計人口（令和3年4月1日時点）

※ 出典 令和2年人口動態統計（厚生労働省）

死亡者総数のうち、自宅、介護医療院、介護老人保健施設及び老人ホームにおける死亡者の合計の割合を示す。

重度の後遺症等のため、急性期以降のケアを担う医療機関への転院や退院ができない例がありますが、急性期・回復期医療から維持期医療（在宅医療等）への円滑な移行のため、このような患者を受入れる医療機関や介護・福祉施設等と急性期を担う医療機関の連携が求められています。

（3）循環器病の先端的かつ高度な治療に対応できる医療資源・医療技術が必要

循環器病に対する治療として、外科治療や血管内治療等の先端的かつ高度な医療が必要となり、医療資源や熟練した医療技術が必要となる場合があります。専門的な医療従事者の育成という観点からも、まずは、循環器病治療体制の充実・強化を進めていく必要があります。

2 施策の方向性

（1）24時間体制で急性期医療が実施される新しい体制の整備，医療の均てん化

脳卒中及び心血管疾患の急性期医療を24時間体制で行うために、地域の医療機関が連携して、血液検査、画像検査による診断、急性期治療が実施される新しい体制の整備を目指します。そのために、急性期の専門的医療を行う医療機関が担うべき医療機能を、各医療機関で分担するための、医療機関間のネットワークを構築し、交流・連携を深めることで、脳卒中及び心血管疾患治療の均てん化を図ります。

（2）在宅医療の提供体制の構築及び関係機関の連携推進

循環器病患者が安心して在宅復帰できるよう、訪問診療を実施する診療所・病院等の増加を推進するとともに、誤嚥性肺炎等の合併症の予防等のためのセルフケアの指導を行う医療機関の支援等により、在宅医療の提供体制を強化します。

また、急性期から、回復期、維持期を通じて、シームレスな医療が提供できる体制の構築に向け、オンライン地域医療連携パスの活用等による患者情報の共有を促進し、医療機関間やリハビリテーション等を含めた多職種間の連携を支援します。

（3）各治療ステージに携わる人材の育成

令和2年3月に策定した宮城県医師確保計画に基づき、医師不足や診療科における地域偏在への対応として、「自治医科大学関係事業」や「医学生修学資金貸付事業」等の政策的医師配置関係事業に引き続き取り組みます。また、平成28年度に新設された東北医科薬科大学医学部における宮城県枠（1学年30名）の義務年限開始（令和6年度）を見据え、医師不足地域における医師の確保と対象医師のキャリア形成の両立を図る仕組みを整え、円滑な地域勤務に繋がります。

脳卒中、心血管疾患に対応できる専門医の育成については、国の補助金を活用した、医師不足地域へ指導医を派遣又は出張指導した場合の派遣経費を支援する「専門医認定支援事業」の実施を通じて、若手医師の研修環境向上による医師確保に努めます。

看護師については、安全で質の高い看護サービスを提供するために、課題である人材確保・地

域偏在解消に取り組むとともに、脳卒中リハビリテーション看護や慢性心不全看護等、認定看護師等の資格取得への支援に取り組めます。

(4) 循環器病治療体制の更なる充実・強化，治療内容や医療連携に係る調査研究

循環器病の治療体制の充実・強化に向けて，多様な症例に対応できるよう急性期から回復期，維持期までの対応及び調査研究を通して，循環器病のスペシャリストとなる医療従事者を育成する体制確保に努めます。

また，上記のとおり，24 時間体制で急性期医療が実施される体制の整備には地域の医療連携が必要であることから，医療連携に関する調査研究を行うことで，医療提供体制全体に寄与することを目指します。

IV 社会連携に基づく患者支援

現状と課題

- 切れ目のない在宅医療・介護の実現に向けた社会連携が必要

施策の方向性

- 介護支援専門員のマネジメント機能強化
- 多職種連携の推進

1 現状と課題

- (1) 地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携に関しては、地域支援事業に位置付けられている「在宅医療・介護連携推進事業」を通じ、切れ目のない在宅医療・介護の実現に向けて、市町村が地域の医師会等と関わりながら推進し、県には広域的・補完的に市町村を支援することが求められています。
- (2) 医療や介護、健康づくりに係る関係者の連携を密にし、総合的に進める体制の確保と人材育成が求められています。

2 施策の方向性

- (1) 介護支援専門員のマネジメント機能強化
医療知識取得等のための研修の実施や医療・介護の情報を適切に運用できる環境づくりにより、介護支援専門員のマネジメント機能強化を支援します。
- (2) 多職種連携の推進
医療職や介護職、リハビリテーション専門職等、関連する多職種の連携を推進するため、関係職種を対象とした研修を実施するとともに、情報の共有や課題の抽出、対応策の検討等を行うための環境づくりを推進します。

V リハビリテーション等の取組

現状と課題

- 地域によっては十分なリハビリテーションが提供されていない
- 市町村による生活モデルの推進・地域支援が必要

施策の方向性

- 地域におけるリハビリテーション体制の充実
- 専門職の広域派遣調整及び人材育成体制の更なる充実
- 通いの場，就労的活動，社会参加の促進

1 現状と課題

(1) 地域によっては十分なリハビリテーションが提供されていない

循環器病の治療においては、生活不活発病や合併症の予防、セルフケアについて自立できるよう、早期から急性期リハビリテーションが実施されることが望まれます。

脳血管障害のリハビリテーションが可能な医療機関は県内で102施設あり、そのうち86は有床施設です。また、心血管疾患リハビリテーションが可能な医療機関については県内で21施設あります《図表4-2-8》。脳卒中患者に対するリハビリテーション実施件数は23,520件※に及びます。また、回復期リハビリテーションである脳血管疾患リハビリテーション料I・IIを届け出ている医療機関の多くは仙台医療圏に集中しています《図表4-2-9》。回復期は、地域に密着した体制で行える方が望ましく、回復期リハビリテーションが可能な施設を各医療圏単位で充実させていく必要があります。

心血管疾患においては、心不全等で入退院を繰り返す患者が増加しており、再発・再入院の予防の観点からも、急性期から早期のリハビリテーションを開始し、回復期にかけても継続することが重要であることから、脳血管疾患同様に体制の強化・充実が必要です《図表4-2-10》。

また、宮城県においては、脳血管疾患、心血管疾患ともに外来リハビリテーションを実施している医療機関が少なく、大きな課題となっていることから、体制の整備が重要となっています。

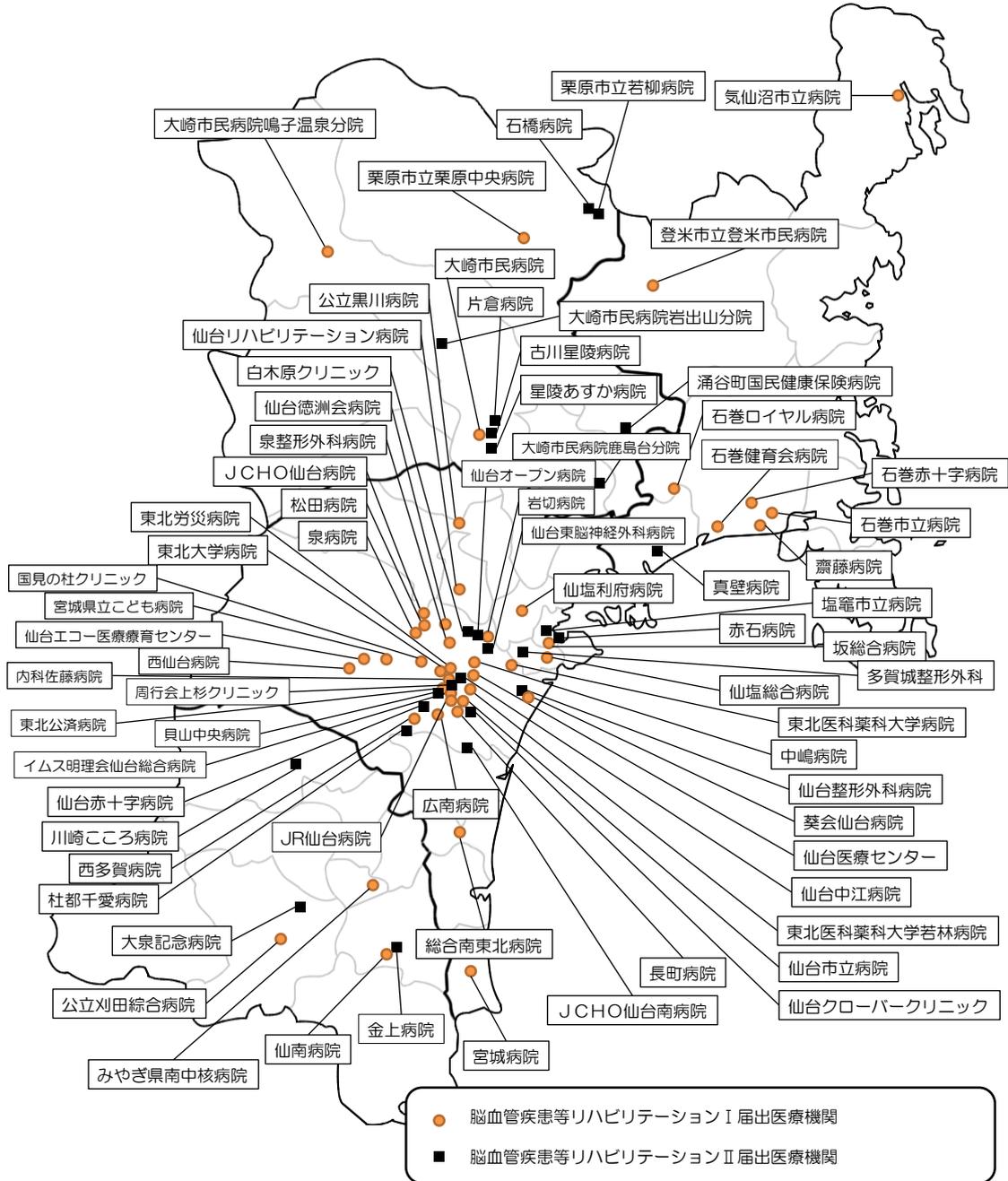
※ 出典 令和元年度NDBデータ（レセプト件数）

《図表4-2-8》脳血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関数

	脳血管疾患リハビリテーション料Ⅰを届け出ている医療機関数	脳血管疾患リハビリテーション料Ⅱを届け出ている医療機関数	脳血管疾患リハビリテーション料Ⅲを届け出ている医療機関数	計	心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰを届け出ている医療機関数	心大血管疾患リハビリテーション料Ⅱを届け出ている医療機関数	計
宮城県	44	26	32	102	18	3	21
仙南	3	3	1	7	1	0	1
仙台	32	14	18	64	11	2	13
大崎・栗原	2	8	7	17	2	1	3
石巻・登米・気仙沼	7	1	6	14	4	0	4

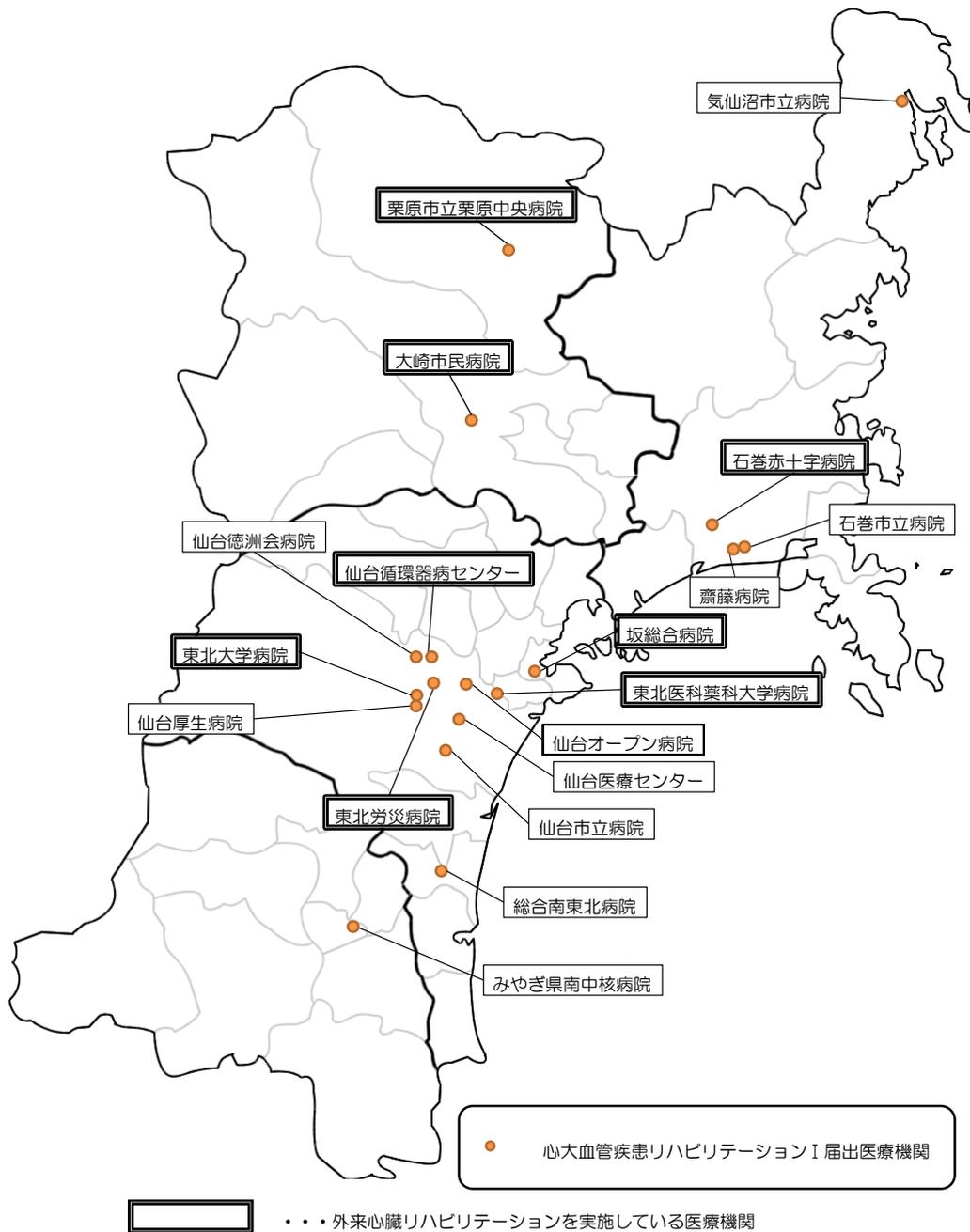
出典 施設基準の届出受理状況（令和3年7月1日現在）（東北厚生局）

《図表4-2-9》脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱを届け出ている医療機関



出典 施設基準の届出受理状況（令和3年7月1日現在）（東北厚生局）

《図表4-2-10》心大血管疾患リハビリテーション料Iを届け出ている医療機関



出典 「施設基準の届出受理状況（令和3年7月1日現在）」（東北厚生局）

日本心臓リハビリテーション学会 HP (<https://www.jacr.jp/web/everybody/hospital/touhoku/#miyagi>)

(2) 市町村による生活モデルの推進・地域支援が必要

市町村は、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた効果的な取組を行うため、リハビリテーション専門職等との連携による生活モデルの推進が求められています。

また、地域における「活動」や「社会参加」を通じた高齢者の「生きがい・役割づくり」が重視され、その実現に向け、市町村と専門職等との連携・協働による地域支援が求められています。

2 施策の方向性

(1) 地域におけるリハビリテーション体制の充実

発症後早期に専門的なリハビリテーションを受けることができる体制が不足している医療圏について、体制の充実を図ります。また、回復期に切れ目なく移行できる連携体制を構築し、継続したリハビリテーションの実施によって、再発・再入院の予防が可能な体制を目指します。

また、外来でのリハビリテーションを推進し、急性期・回復期を脱した患者が、必要なリハビリテーションを必要なときに受けることができる体制も併せて整備していきます。

(2) 専門職の広域派遣調整及び人材育成体制の更なる充実

市町村及び地域包括支援センターがリハビリテーション専門職等と円滑な連携を図り、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた効果的な取組ができるよう、地域で活躍できる専門職の広域派遣調整及び人材育成体制の更なる充実を図ります。

(3) 通いの場、就労的活動、社会参加の促進

専門職等との連携・協働により、年齢や生活機能の状態等で分け隔てることなく、全ての高齢者が主体となって参加できる多様な通いの場、就労的活動、社会参加の促進を図ります。

《図表4-2-11》宮城県内の介護保険上のリハビリテーション事業所数と職員数

	通所リハビリテーション		訪問リハビリテーション	
	事業所数	職員数	事業所数	職員数
宮城県	124	671	56	1061

出典 令和2年の「情報の公表」のデータを集計

※職員数は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の合計

VI 患者等への適切な情報提供・相談支援

現状と課題

- 当事者や家族介護者の精神的・身体的負担の継続
- 介護する家族の負担の増加

施策の方向性

- 人材育成等による地域包括支援センターの運営支援 等

1 現状と課題

(1) 当事者や家族介護者の精神的・身体的負担の継続

当事者や家族介護者の精神的・身体的負担が解消されない状態が続くと、当事者のみならず、介護者自身の健康への悪影響や、更には介護疲れからくる要介護者等への虐待の引き金となってしまうことも懸念されます。

(2) 介護する家族の負担の増加

在宅で療養される方の増加に伴い、介護する家族の負担増加が見込まれることから、家族介護者の負担をできる限り軽減するため、家族介護者が悩みを一人で抱え込まず、周りに相談できるように、市町村、地域包括支援センターが中心になって住民への普及啓発を行うなど地域全体で介護家族を支援していくとともに、地域包括支援センターの相談体制を充実していくことが求められています。

2 施策の方向性

地域包括支援センターが本人や家族からの相談、地域の社会資源との連携、戸別訪問等により地域の高齢者や家族の状況についての実態を適切に把握し、必要な支援へとつなぐことができるよう、地域包括支援センター職員の研修などを通じて支援します。

VII 循環器病の緩和ケア

現状と課題

- 疾患の初期段階からの継続的な緩和ケアの実施が可能な体制整備が必要

施策の方向性

- ACP※の普及啓発，多職種連携・地域連携の体制強化による適切な緩和ケアの実施

1 現状と課題

平成 26 年の世界保健機関（WHO）からの報告によると，成人において緩和ケアを必要とする疾患別割合の第 1 位は循環器疾患です。（第 2 位は悪性新生物（がん））

循環器疾患は，病気の進行とともに全人的な苦痛が増悪することを踏まえて，疾患の初期段階から継続して緩和ケアを必要とする疾患であり，臨床経過の特徴として増悪を繰り返すことが挙げられる心不全については，治療と連携した緩和ケアも必要とされています。そのため，ACP（アドバンス・ケア・プランニング）等の適切なプロセスで，早期の意思決定がなされることが重要ですが，まだまだ理解が進んでいない状況です。

2 施策の方向性

患者とその家族が循環器病の緩和ケアについて正しく理解し，適切な意思決定がなされるよう，ACP 等の取組の普及啓発を行います。また，多職種連携，地域連携の体制を強化し，多面的な観点から，患者の全人的な苦痛に対して，状態に応じた適切な緩和ケアを早期から実施することができる体制を目指します。

※ ACP（アドバンス・ケア・プランニング）

将来の変化に備え，将来の医療及びケアについて，本人を主体に，そのご家族や近しい人，医療・ケアチームが，繰り返し話し合いを行い，本人による意思決定を支援するプロセスのこと。（出典：日本医師会 HP）

VIII 後遺症を有する者に対する支援

現状と課題

- 外部から明白に認識できない後遺症の社会的理解が十分ではない
- 福祉サービスや後遺症に対する支援を患者が十分に享受できていない

施策の方向性

- 保健福祉事務所等による普及啓発活動・相談支援の充実
- 地域における当事者・家族の支援体制の充実

1 現状と課題

循環器病に起因し、片麻痺や失語症等の後遺症が残る可能性があります。これらの後遺症を有する者へは、日常生活における配慮や支援が必要となります。

一方で、注意障害や遂行機能障害等の外部から明白に認識できない後遺症のみを有する者は、身体的活動には影響が少ないことから、周囲から配慮や支援の必要性が理解されにくい場合が多くあります。また、当事者やその家族等が、利用可能な福祉サービスや相談先を知らないことにより、円滑な支援に繋がりにくい場合もあります。

後遺症を有する者への支援として、宮城県リハビリテーション支援センター及び保健福祉事務所では、当事者・家族や支援に関わる関係機関（市町村、事業所等）に対する支援、研修の開催やリハビリテーション専門職等による相談支援事業の実施、障害及び後遺症に関する普及啓発のほか、より効果的な支援方法の検討や利用可能なサービスや制度に関する情報提供、円滑な支援を行うための他機関との連携等に取り組んでいます。

2 施策の方向性

循環器病により後遺症を有する者が、症状や程度に応じて、必要な支援を受け、また、必要な情報を入手することができるよう、引き続き宮城県リハビリテーション支援センター及び保健福祉事務所による普及啓発のための研修及びリハビリテーション相談を実施するなど、各圏域における支援体制の充実を目指します。

IX 治療と仕事の両立支援・就労支援

現状と課題

- 脳血管疾患患者の18%、心疾患患者の11%が就労世代
- 継続した治療と仕事の両立支援・就労支援が必要

施策の方向性

- 労働局、産業保健総合支援センター等との一層の連携推進による「両立支援コーディネーター※1を活用した『トライアングル型サポート体制※2』」構築の推進

1 現状と課題

本県において、脳血管疾患の患者の約18%（約3千人）、心血管疾患の患者の約11%（約4千人）が20歳～64歳となっており、循環器病患者に対する継続的な治療と仕事の両立支援・就労支援が必要です。

県内では、関係機関のネットワークを構築し、両立支援の取組の連携を図ることを目的に、平成29年に宮城労働局が事務局となって「宮城県地域両立支援推進チーム」が設置され、県も参画し、取組の相互の周知協力や、イベントやパンフレット等による周知・啓発を行っています。

また、宮城労働局・教育委員会と「治療と仕事の両立支援」も含めた「雇用の安定と定住推進協定」を締結し、これらの協定者と連携しながら、支援制度等の利用促進の啓発等を行っています。

2 施策の方向性

宮城県地域両立支援推進チームや協定締結者と連携し、治療と仕事の両立支援に係る助成金制度や相談先等について、患者や事業主に対し周知・啓発を図っていきます。

また、宮城労働局、産業保健総合支援センター等と一層連携し、両立支援コーディネーターを活用した「トライアングル型サポート体制」の構築を推進します。

※1 両立支援コーディネーター

患者が安心して復職に臨めるよう、個々の患者の治療と仕事の両立に向けたプランの作成支援や、患者の相談支援、主治医や企業・産業医と復職に向けた調整の支援を行う専門相談員のこと。

※2 トライアングル型サポート体制

病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えるため、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う「両立支援コーディネーター」によるトライアングル型で患者をサポートする体制のこと。

X 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

現状と課題

- ・移行期の医療体制の整備と患者の自律（自立）支援で多岐の課題あり

施策の方向性

- ・相談支援体制の充実・移行期医療の在り方の検討 等

1 現状と課題

近年の治療法の開発や治療体制の整備により、小児期に慢性疾病に罹患した多くの子ども達の命が救われるようになりましたが、原疾患の治療や合併症への対応を抱えたまま、思春期、成人期を迎える患者が増えてきています。

こうした小児期から成人期への移行期にある慢性疾病の患者に対して、成人期以降に発症する疾患を併発した場合に、小児診療科のみで適切な医療を提供できるか懸念があります。一方で、成人診療科では、先天性心疾患等小児期特有の疾患の診療に必要な知識や臨床経験を積む機会が限られており、馴染みの薄い領域となっており、課題となっています。

また、移行期は、小児から成人に向かって自立の準備を整えていく重要な時期で、患者にとってはこの時期に自身の疾病を理解し、自己決定をするための準備を整えることにより、成人期医療への円滑な移行の促進が期待されます。しかし、現状においては、小児医療では「患者本人」でなく「患者の保護者」の意向により医療が提供される傾向にあり、自力で身を立てる「自立性」とともに疾病の治療方針に対して自己決定する「自律性」を育てるための支援が十分になされていない場合があり、成人期医療の場で円滑な医療の実施に支障を来すなどの課題もあります。

2 施策の方向性

(1) 医療体制整備について

移行期にある小児慢性特定疾病等の患者に対応できる成人診療科への連携を円滑に行うため、各地域・各領域で対応可能な成人期の診療科・医療機関の情報を把握・公表するとともに、移行期医療支援が必要な小児慢性特定疾病患者等に係る相談に対応し、これら診療科・医療機関間の調整等を行うなど、移行期医療支援の拠点的役割を担う機関の整備を目指します。

移行期医療支援に関する医療従事者向けガイドを、医療従事者が活用できるよう提供に取り組みます。

(2) 患者自律（自立）支援について

医療従事者向けガイドや患者向け移行期支援ツール等を活用し、患者自身が疾病についての理解を深め、患者自身の意思で医療を決定するなど、患者の自律（自立）を促進するため、小児

慢性特定疾病等の患者及び家族に対する支援体制の充実を図ります。

長期の療養に伴う学業・就労と治療の両立等に関する相談支援が継続できるように、患者及び家族の意向を踏まえながら、小慢さぼーとせんたー等との連携を図りつつ取組を行います。

第5章 総合的かつ計画的な推進

1 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化

県、市町村、医療機関、医療保険者及びその他関係機関等は、この計画に掲げた循環器病対策を実効あるものとして、総合的に展開していくために、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって取組を推進します。

循環器病対策の推進に当たっては、患者や医療従事者など関係者の意見を把握し、取組に反映させていくよう努めます。

2 循環器病対策の進捗状況の把握及び評価等

本計画では、PDCAサイクルに基づく施策の継続的な改善が効果的になるようロジックモデルを活用しています。ロジックモデルの指標の改善状況や第4章に記載する分野ごとの施策の実施状況等について、有識者の意見を踏まえながら検証し、施策に反映するよう努めていきます。

3 計画の見直し

本計画は、令和6(2024)年度からの新たな保健医療計画との調和を図ることができるよう、計画期間を令和5(2023)年度までとします。次期計画以降は、基本法第11条第4項の規定に基づき、少なくとも6年ごとに計画を改定していきます。

【参考資料】

脳血管疾患ロジックモデル

番号	C 個別施策アウトプット	番号	C初期アウトカム	C初期アウトカム指標	番号	B 中間アウトカム	B 中間アウトカム指標	番号	A 分野アウトカム	A 分野アウトカム指標												
1	・生活習慣病予防、重症化予防に係る取組 ・循環器病の症例等の把握の取組	1	危険因子の知識を普及させる	C101 みやぎヘルスサテライトステーション登録施設数 C102 禁煙外来を行っている医療機関数 C103 ニコチン依存管理料を算定する患者数	【予防】 1 基礎疾患及び危険因子の管理ができています	B101 喫煙率 B102 ハイリスク飲酒者の割合 B103 特定健診受診率 B104 特定保健指導実施率 B105 特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者割合 B106 糖尿病患者の年齢調整死亡率 B107 塩分摂取量 B108 1日の歩数の増加	1 脳血管疾患の発生が減少している	A101 脳血管疾患の受療率（入院・外来） A102 脳血管疾患患者数														
2	・健診等に携わる人材の育成 ・保険者に対する専門的見地からの助言	2	特定健診の内容が充実されている。また、特定健診・特定保健指導を受けられている	C201 特定健診の追加健診で心電図検査を行う市町村数 C202 特定健診未受診者へ受診勧奨を実施している市町村数 C203 特定保健指導の未利用理由を全部又は一部把握している市町村数 C204 みやぎヘルスサテライトステーション登録施設数（再掲）	【救護】 2 患者ができるだけ早期に専門医療機関へ搬送される	B201 救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	2 脳血管疾患による死亡が減少している	A201 脳血管疾患の年齢調整死亡率 A202 脳卒中標準化死亡比（脳出血・脳梗塞・全体） A203 健康寿命														
3	・在宅療養の充実	3	再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応が可能な体制が整備されている	C301 訪問看護ステーションの従業者数 C302 訪問薬剤指導を実施する薬局数の割合（医療）					6	・傷病者の搬送及び受け入れに関する基準の整備 ・ドクターヘリの安全かつ効果的な運用	6	急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送できる体制が整っている	C601 救急搬送実施基準に掲載している脳血管疾患対応可能な医療機関数 C602 ドクターヘリの要請件数	3	発症後早期に専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる	B301 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数 B302 脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収療法）の実施件数 B303 くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数 B304 くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数 B305 脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数 B306 脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数 B307 脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数	3	脳血管疾患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている	A301 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合 A302 健康寿命と平均寿命の差			
4	・応急手当の普及啓発	4	本人及び家族等が発症後速やかに救急搬送要請ができています	C401 普通・上級救命講習人口1万人あたりの受講者数					7	・専門医の育成・認定に対する支援 ・自治体病院・診療所の医師確保 ・循環器病治療体制の更なる充実・強化 ・治療内容や医療連携に係る調査研究	7	脳卒中中の急性期医療に対応できる体制が整備されている	C701 神経内科医師数 C702 脳神経外科医師数 C703 脳卒中中の専用病室を有する病院数・病床数 C704 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数 C705 経皮的選択的脳血栓、塞栓溶解術（脳梗塞に対する血栓回収術）が実施可能な病院数	8	・口腔機能管理医療機関への支援 ・医科歯科連携による口腔ケアの推進	8	誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている	C801 口腔機能管理を受ける患者数	4	【回復期・維持期】 4 身体機能の早期改善、日常生活への復帰、生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けることができる	B401 脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数 B402 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 B403 ADL改善率 B404 訪問リハビリを提供している事業者数 B405 通所リハビリを提供している事業者数 B406 脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（再掲）	10
5	・救急救命士の養成	5	救急救命士が、地域のメディカルコントロール協議会が定めた活動プロトコルに沿って適切な観察・判断・処置ができています	C501 救急隊の救急救命士運用率（常時同乗している割合）	8	・地域包括ケアシステムの構築	8	急性期の医療機関等と回復期の医療機関等の連携体制及び自宅退院困難者に対する医療施設や地域の保健医療福祉サービスとの連携体制が構築されている	C901 退院支援担当者を配置している診療所・病院数 C902 地域のサービスとの連携窓口を設置している医療機関数	11	・口腔機能管理医療機関への支援（再掲） ・医科歯科連携による口腔ケアの推進（再掲）	11	誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療が行える体制が整備されている	C1101 口腔機能管理を受ける患者数 C1102 訪問歯科衛生指導を受ける患者数	12	回復期・維持期の医療機関等と急性期の医療機関や施設、地域の保健医療福祉サービスの連携体制が構築されている	C1201 病院に勤務する医療ソーシャルワーカー数 C1202 退院支援担当者を配置している診療所・病院数（再掲）	13	・リハビリテーション専門職等の人材の育成 ・介護サービス事業所等の人材の育成 ・リハビリテーション相談の実施	13	生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションが提供される体制が整備されている	C1301 リハビリテーションが実施可能な医療機関数 C1302 訪問リハビリを提供している従事者数 C1303 通所リハビリを提供している従事者数 C1304 リハビリテーション相談件数

心血管疾患ロジックモデル

※※ C 個別施策アウトプット	※※ C初期アウトカム	C初期アウトカム指標	※※ B 中間アウトカム	B 中間アウトカム指標	※※ A 分野アウトカム	A 分野アウトカム指標
1 ・生活習慣病予防、重症化予防に係る取組 ・循環器病の症例等の把握の取組 2 ・健診等に携わる人材の育成 ・保険者に対する専門的地からの助言	1 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理ができてい	C101 みやぎヘルルステライトステーション登録施設数 C102 喫煙率 C103 ハイリスク飲酒者の割合 C104 糖尿病患者の年齢調整死亡率 C105 塩分摂取量 C106 1日の歩数 C107 肥満傾向児の出現率	【予防】 1 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防できている	B101 心疾患（高血圧症のものを除く）の受療率（入院・外来） B102 虚血性心疾患受療率（入院・外来）	1 心血管疾患による死亡が減少している 2 心血管疾患の患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる	A101 心疾患・大動脈瘤及び解離・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 A102 急性心筋梗塞の標準化死亡比 A103 心不全の標準化死亡比 A104 心疾患全体の標準化死亡比 A105 健康寿命
	2 特定健診・特定保健指導を受けられている	C201 特定健診受診率 C202 特定保健指導実施率 C203 特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者割合 C204 みやぎヘルルステライトステーション登録施設数（再掲）		【救護】 2 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的診療が可能な医療機関に到着できる		
3 ・応急手当の普及啓発（蘇生訓練用形人の寄贈）	3 本人及び家族等周囲にいる者が発症時に速やかに救急搬送の要請ができてい	C301 普通・上級救命講習人口1万人あたりの受講者数 C302 発症から救急隊到着までの時間	【急性期】 3 発症後早期に専門的な治療を開始し、心血管疾患リハビリテーション、心身の緩和ケア、再発予防の定期的専門的検査を受けることができる			
4 ・応急手当の普及啓発（消防関係施設へのAED導入）	4 心肺停止が疑われる者に対してAEDの使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置を実施することができる	C401 心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数 C402 心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率		【回復期・慢性期・再発予防】 4 合併症や再発予防、在宅復帰や日常生活の場で再発予防のための心血管疾患リハビリテーションと心身の緩和ケアを受けることができ、合併症発症時には適切な対応を受けることができる		
5 ・救急救命士の養成	5 救急救命士を含む救急隊員が、活動プロトコールに則し、適切な観察・判断・処置が実施できている	C501 救急隊の救急救命士運用率（常時同乗している割合）	8 地域包括ケアシステムの構築			
6 ・傷病者の搬送及び受け入れに関する基準の整備 ・ドクターヘリの安全かつ効果的な運用	6 急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送できる体制が整っている	C601 救急搬送実施基準に掲載している心疾患対応が可能な医療機関数 C602 ドクターヘリの要件件数 C603 虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率				
7 ・循環器病治療体制の更なる充実・強化 ・治療内容や医療連携に係る調査研究	7 24時間心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療に対応できる体制が整っている	C701 循環器内科医師数 C702 心臓血管外科医師数 C703 心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数 C704 冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数 C705 経皮的冠動脈形成術／経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数 C706 大動脈瘤手術が可能な医療機関数	9 地域包括ケアシステムの構築（再掲）	C901 退院支援担当者を配置している診療所・病院数（再掲） C902 入退院支援の実施件数 C903 心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（再掲） C904 介護支援専門員に対する多職種連携に向けた支援回数 C905 心不全看護分野の認定看護師数		
8 ・地域包括ケアシステムの構築	8 急性期の医療機関等と回復期の医療機関やリハビリテーション施設の円滑な連携体制が構築されている	C801 退院支援担当者を配置している診療所・病院数 C802 心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数				
9 ・地域包括ケアシステムの構築（再掲）	9 回復期・慢性期・再発予防期の医療機関等と急性期の医療機関やリハビリテーション施設の連携体制が整っている	C901 退院支援担当者を配置している診療所・病院数（再掲） C902 入退院支援の実施件数 C903 心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（再掲） C904 介護支援専門員に対する多職種連携に向けた支援回数 C905 心不全看護分野の認定看護師数	10 ・在宅療養の充実 ・地域包括ケアシステムにおいて活躍できる医療従事者の育成	C1001 訪問診療を実施している病院数・診療所数 C1002 訪問看護師数 C1003 訪問薬剤指導を実施する薬局数の割合（医療）		
10 ・在宅療養の充実 ・地域包括ケアシステムにおいて活躍できる医療従事者の育成	10 心血管疾患患者の在宅での療養支援体制が整っている	C1001 訪問診療を実施している病院数・診療所数 C1002 訪問看護師数 C1003 訪問薬剤指導を実施する薬局数の割合（医療）				

脳血管疾患ロジックモデルの指標一覧

※は人口10万対

番号	A分野アウトカム指標	現況値	現況値の年 又は年度	目標値(2023年度末) ※時点が異なる場合は 時点も記載
A101	脳血管疾患の受療率(入院) ※	91.0	平成29年	モニタリング指標
	脳血管疾患の受療率(外来) ※	56.0	平成29年	モニタリング指標
A102	脳血管疾患患者数 ※	148.3	平成29年度	モニタリング指標
A201	脳血管疾患の年齢調整死亡率(男性) ※	43.0	平成27年	37.1
	脳血管疾患の年齢調整死亡率(女性) ※	23.7	平成27年	22.2
A202	脳卒中標準化死亡率(脳出血)(男性)	126.5	平成25年 ～平成29年	100(全国値)を下回る
	脳卒中標準化死亡率(脳出血)(女性)	129.7	平成25年 ～平成29年	100(全国値)を下回る
	脳卒中標準化死亡率(脳梗塞)(男性)	108.9	平成25年 ～平成29年	100(全国値)を下回る
	脳卒中標準化死亡率(脳梗塞)(女性)	111.8	平成25年 ～平成29年	100(全国値)を下回る
	脳卒中標準化死亡率(全体)(男性)	114.3	平成25年 ～平成29年	100(全国値)を下回る
	脳卒中標準化死亡率(全体)(女性)	115.3	平成25年 ～平成29年	100(全国値)を下回る
A203	健康寿命(男性)	72.90年	令和元年	73.15年
	健康寿命(女性)	75.10年	令和元年	75.22年
A301	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	54.0%	平成29年度	60% (令和2年)
A302	健康寿命と平均寿命の差(男性)	8.82年	平成28年	8.51
	健康寿命と平均寿命の差(女性)	12.86年	平成28年	12.63

番号	B中間アウトカム指標	現況値	現況値の年 又は年度	目標値(2023年度末) ※時点が異なる場合は 時点も記載
B101	喫煙率(男性)	33.2%	令和元年	20%
	喫煙率(女性)	9.7%	令和元年	6%
B102	ハイリスク飲酒者の割合(男性)	16.2%	平成28年	12%
	ハイリスク飲酒者の割合(女性)	8.0%	平成28年	6%
B103	特定健診受診率	61.2%	令和元年度	70%
B104	特定保健指導実施率	25.2%	令和元年度	45%
B105	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者割合	31.4%	令和元年度	29.4%
B106	糖尿病患者の年齢調整死亡率(男性)	5.5	平成27年度	4.5(全国値)
	糖尿病患者の年齢調整死亡率(女性)	2.5	平成27年度	1.8(全国値)
B107	塩分摂取量(男性)	11.5	平成28年	9g
	塩分摂取量(女性)	9.5	平成28年	8g
B108	1日の歩数の増加(20~64歳男性)	6,930歩	平成28年	9,000歩
	1日の歩数の増加(20~64歳女性)	6,331歩	平成28年	8,500歩
	1日の歩数の増加(65歳以上男性)	5,692歩	平成28年	7,000歩
	1日の歩数の増加(65歳以上女性)	4,594歩	平成28年	6,000歩
B201	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	41.7分	令和元年	39.5分
B301	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数(算定回数) ※	13.6	令和元年度	モニタリング指標
	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解法の実施件数(SCR)	59.1	令和元年度	モニタリング指標
B302	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療養等)の実施件数(算定回数) ※	11.2	令和元年度	モニタリング指標
	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収療養等)の実施件数(SCR)	69.2	令和元年度	モニタリング指標
B303	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数(算定回数) ※	5.5	令和元年度	モニタリング指標
	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数(SCR)	113.2	令和元年度	モニタリング指標

B 3 0 4	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数（算定回数）※	5.5	令和元年度	モニタリング指標
	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数（SCR）	126.5	令和元年度	モニタリング指標
B 3 0 5	脳卒中患者に対する嚔下訓練の実施件数（算定回数）※	1,422.0	令和元年度	モニタリング指標
	脳卒中患者に対する嚔下訓練の実施件数（SCR）	64.5	令和元年度	モニタリング指標
B 3 0 6	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数（算定回数）※	65569.1	令和元年度	モニタリング指標
	脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施件数（SCR）	79.1	令和元年度	モニタリング指標
B 3 0 7	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）※	32.5	令和元年度	モニタリング指標
	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（SCR）	47.3	令和元年度	モニタリング指標
B 4 0 1	脳卒中患者に対する嚔下訓練の実施件数（算定回数）※	1,422.0	令和元年度	モニタリング指標
	脳卒中患者に対する嚔下訓練の実施件数（SCR）	64.5	令和元年度	モニタリング指標
B 4 0 2	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（算定回数）※	68486.5	令和元年度	モニタリング指標
	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（SCR）	69.5	令和元年度	モニタリング指標
B 4 0 3	ADL改善率	64.7%	令和2年度	70%
B 4 0 4	訪問リハビリを提供している事業者数 ※	2.5	令和2年7月	2.7
B 4 0 5	通所リハビリを提供している事業者数 ※	5.4	令和2年7月	6.3
B 4 0 6	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（算定回数）※（再掲）	32.5	令和元年度	モニタリング指標
	脳卒中患者に対する地域連携計画作成等の実施件数（SCR）（再	47.3	令和元年度	モニタリング指標

番号	C 初期アウトカム指標	現況値	現況値の年 又は年度	目標値(2023年度末) ※時点が異なる場合は 時点も記載
C 1 0 1	みやぎヘルサテライトステーション登録施設数	127	令和3年9月	145
C 1 0 2	禁煙外来を行っている医療機関数	11.9	平成29年	モニタリング指標
C 1 0 3	ニコチン依存管理料を算定する患者数 ※	282.6	平成29年度	モニタリング指標
C 2 0 1	特定健診の追加健診で心電図検査を行う市町村数	15	令和2年度	22
C 2 0 2	特定健診未受診者へ受診勧奨を実施している市町村数	23	令和2年度	27
C 2 0 3	特定保健指導の未利用理由を全部又は一部把握している市町村数	19	令和2年度	24
C 2 0 4	みやぎヘルサテライトステーション登録施設数（再掲）	127	令和3年9月	145
C 3 0 1	訪問看護ステーションの従業者数	999	平成29年	1,019.1人
C 3 0 2	訪問薬剤指導を実施する薬局数の割合(医療)	76%	令和3年6月1日	80%
C 4 0 1	普通・上級救命講習人口1万人あたりの受講者数	163	令和元年	170
C 5 0 1	救急隊の救急救命士運用率（常時同乗している割合）	91.0%	令和元年	100%
C 6 0 1	救急搬送実施基準に掲載している脳血管疾患対応が可能な医療機関	43	令和2年8月	45
C 6 0 2	ドクターヘリの要請件数	351	令和2年度	モニタリング指標
C 7 0 1	神経内科医師数 ※	4.7	平成30年	モニタリング指標
C 7 0 2	脳神経外科医師数 ※	4.6	平成30年	モニタリング指標
C 7 0 3	脳卒中の専用病室を有する病院数 ※	0.1	平成29年	モニタリング指標
	脳卒中の専用病室を有する病床数 ※	0.5	平成29年	モニタリング指標
C 7 0 4	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数 ※	0.4	令和2年3月	モニタリング指標
C 7 0 5	経皮的選択的脳血栓、塞栓溶解術（脳梗塞に対する血栓回収術）が実施可能な病院数 ※	0.6	令和3年10月	モニタリング指標
C 8 0 1	口腔機能管理を受ける患者数 ※	433.0	令和元年度	モニタリング指標
C 9 0 1	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	55	平成29年度	モニタリング指標
C 9 0 2	地域のサービスとの連携窓口を設置している医療機関数 ※	10.5	令和元年10月	モニタリング指標
C 1 0 0 1	脳卒中看護分野の認定看護師数 ※	0.4	令和2年12月	モニタリング指標
C 1 1 0 1	口腔機能管理を受ける患者数 ※	433.0	令和元年度	モニタリング指標
C 1 1 0 2	訪問歯科衛生指導を受ける患者数 ※	4,113.2	令和元年度	モニタリング指標
C 1 2 0 1	病院に勤務する医療ソーシャルワーカー数	7.7	平成29年	モニタリング指標
C 1 2 0 2	退院支援担当者を配置している診療所・病院数（再掲）	55	平成29年度	モニタリング指標
C 1 3 0 1	リハビリテーションが実施可能な医療機関数 ※	4.3	令和2年3月	4.5 (令和4年3月)
C 1 3 0 2	訪問リハビリを提供している従事者数 ※	10.0	令和2年7月	10.7
C 1 3 0 3	通所リハビリを提供している従事者数 ※	15.2	令和2年7月	17.6
C 1 3 0 4	リハビリテーション相談件数	166	令和2年度	245

心血管疾患ロジックモデルの指標一覧

※は人口10万対

	A分野アウトカム指標	現況値	現況値の年 又は年度	目標値(2023年度末) ※時点が異なる場合は 時点も記載
A101	心疾患の年齢調整死亡率(男性) ※	65.1	平成27年度	60.9
	心疾患の年齢調整死亡率(女性) ※	30.9	平成27年度	29.4
	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率(男性) ※	7.7	平成27年度	7.0
	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率(女性) ※	3.9	平成27年度	3.3
	虚血性心疾患の年齢調整死亡率(男性) ※	25.5	平成27年度	22.6
	虚血性心疾患の年齢調整死亡率(女性) ※	9.5	平成27年度	8.7
A102	急性心筋梗塞の標準化死亡比(男性)	75.5	平成25年 ～平成29年	現況値から5ポイント 下げる
	急性心筋梗塞の標準化死亡比(女性)	84.5	平成25年 ～平成29年	現況値から5ポイント 下げる
A103	心不全の標準化死亡比(男性)	90.3	平成25年 ～平成29年	現況値から5ポイント 下げる
	心不全の標準化死亡比(女性)	88.1	平成25年 ～平成29年	現況値から5ポイント 下げる
A104	心疾患全体の標準化死亡比(男性)	100.2	平成25年 ～平成29年	現況値から5ポイント 下げる
	心疾患全体の標準化死亡比(女性)	97.3	平成25年 ～平成29年	現況値から5ポイント 下げる
A105	健康寿命(男性)	72.90年	令和元年	73.15年
	健康寿命(女性)	75.10年	令和元年	75.22年
A201	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	96.8%	平成29年	98% (令和2年)
A202	健康寿命と平均寿命の差(男性)	8.82年	平成28年	8.51
	健康寿命と平均寿命の差(女性)	12.86年	平成28年	12.63

番号	B中間アウトカム指標	現況値	現況値の年 又は年度	目標値(2023年度末) ※時点が異なる場合は 時点も記載
B101	心疾患(高血圧症のものを除く)の受療率(入院) ※	46人	平成26年度	モニタリング指標
	心疾患(高血圧症のものを除く)の受療率(外来) ※	53人	平成26年度	モニタリング指標
B102	虚血性心疾患受療率(入院)	11.0	平成29年度	モニタリング指標
	虚血性心疾患受療率(外来)	42.0	平成29年度	モニタリング指標
B201	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	41.7分	令和元年	39.5分
B202	心肺機能停止の1か月後の予後(一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者の①1か月後の生存率と②1か月後の社会復帰率)	①13.5分 ②9.1%	令和元年	①13.9分 ②10.2%
B203	急性心筋梗塞発症から6時間以内に入院した患者数の割合	55.7%	令和元年度	61.2%
B301	来院後90分以内での冠動脈再開通達成率	65.4%	令和元年度	70% (令和3年度)
B302	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数	207.1	令和元年度	モニタリング指標
	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数(SCR)	94.6	令和元年度	モニタリング指標
B303	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数 ※	9.9	令和元年度	モニタリング指標
B304	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数 ※	1,885.6	令和元年度	モニタリング指標
	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(SCR)	107.8	令和元年度	モニタリング指標
B305	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数 ※	386.6	令和元年度	モニタリング指標
	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数(SCR)	105.8	令和元年度	モニタリング指標
B306	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数 ※	32.5	令和元年度	モニタリング指標
	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数(再掲)(SCR)	47.3	令和元年度	モニタリング指標
B307	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	6.3	平成29年	6.0 (令和2年)
B308	急性心筋梗塞発症から再灌流までに要する時間(中央値)	3時間52分	令和元年	3時間45分
B309	急性大動脈解離に対する緊急手術件数	121	令和3年	モニタリング指標
B401	入院心血管疾患リハビリテーション実施件数(再掲) ※	1,885.6	令和元年度	モニタリング指標
	入院心血管疾患リハビリテーション実施件数(SCR)(再掲)	107.8	令和元年度	モニタリング指標
B402	外来心血管疾患リハビリテーション実施件数 ※	285.7	令和元年度	モニタリング指標
	外来心血管疾患リハビリテーション実施件数(SCR)	28.1	令和元年度	モニタリング指標

B403	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（再掲） ※	386.6	令和元年度	モニタリング指標
	心血管疾患患者に対する緩和ケアの実施件数（SCR）（再掲）	105.8	令和元年度	モニタリング指標
B404	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（再掲）	32.5	令和元年度	モニタリング指標
	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（SCR）（再掲）	47.3	令和元年度	モニタリング指標
B405	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数（再掲）	6.3	平成29年	6.0（令和2年）
B406	訪問診療の実施件数 ※	9,118.9	平成30年度	モニタリング指標
B407	訪問看護利用者数 ※	3,612.7	平成30年度	モニタリング指標
B408	地域連携薬局の数	18	令和3年9月30日	75

番号	C初期アウトカム指標	現況値	現況値の年 又は年度	目標値(2023年度末) ※時点が異なる場合は 時点も記載
C101	みやぎヘルスサテライトステーション登録施設数	127	令和3年9月	145
C102	喫煙率（男性）	33.2%	令和元年	20%
	喫煙率（女性）	9.7%	令和元年	6%
C103	ハイリスク飲酒者の割合（男性）	16.2%	平成28年	12%
	ハイリスク飲酒者の割合（女性）	8.0%	平成28年	6%
C104	糖尿病患者の年齢調整死亡率（男性）	5.5	平成27年度	4.5（全国値）
	糖尿病患者の年齢調整死亡率（女性）	2.5	平成27年度	1.8（全国値）
C105	塩分摂取量（男性）	11.5	平成28年	9g
	塩分摂取量（女性）	9.5	平成28年	8g
C106	1日の歩数（20～64歳男性）	6,930歩	平成28年	9,000歩
	1日の歩数（20～64歳女性）	6,331歩	平成28年	8,500歩
	1日の歩数（65歳以上男性）	5,692歩	平成28年	7,000歩
	1日の歩数（65歳以上女性）	4,594歩	平成28年	6,000歩
C107	肥満傾向児の出現率（中学1年生男）	17.04%	令和2年度	11%
	肥満傾向児の出現率（中学1年生女）	11.02%	令和2年度	8%
C201	特定健診受診率	61.2%	令和元年	70%
C202	特定保健指導実施率	25.2%	令和元年	45%
C203	特定健診受診者のうちメタボリックシンドローム該当者数・予備群者割合	31.4%	令和元年	29.4%
C204	みやぎヘルスサテライトステーション登録施設数（再掲）	127	令和3年9月	145
C301	普通・上級救命講習人口1万人あたりの受講者数	163	令和元年	170
C302	発症から救急隊到着までの時間	90分	令和2年度	モニタリング指標
C401	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数	47	令和元年	50
C402	心原性心肺機能停止傷病者に対する一般市民の応急手当実施率	55.2%	令和元年	60.0%
C501	救急隊の救急救命士運用率（常時同乗している割合）	91.0%	令和元年	100%
C601	救急搬送実施基準に掲載している心疾患対応が可能な医療機関数	23	令和2年8月	25
C602	ドクターヘリの要請件数	351	令和2年度	モニタリング指標
C603	虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	21.2	平成29年	モニタリング指標
C701	循環器内科医師数 ※	10.2人	平成30年	モニタリング指標
C702	心臓血管外科医師数 ※	2.3人	平成30年	モニタリング指標
C703	心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数 ※	0.2	平成29年	モニタリング指標
C704	冠動脈バイパス術が実施可能な医療機関数	0.5	令和3年10月	モニタリング指標
C705	経皮的冠動脈形成術／経皮的冠動脈ステント留置術が実施可能な医療機関数	2.3	令和3年10月	モニタリング指標
C706	大動脈瘤手術が可能な医療機関数	0.7	令和3年10月	モニタリング指標
C801	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	55	平成29年度	モニタリング指標
C802	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	20	令和2年3月	モニタリング指標
C901	退院支援担当者を配置している診療所・病院数（再掲）	55	平成29年度	モニタリング指標
C902	入退院支援の実施件数 入退院支援加算1	1,244.2	令和元年度	モニタリング指標
	入退院支援の実施件数 入退院支援加算2	323.1	令和元年度	モニタリング指標
	入退院支援の実施件数 入退院支援加算1（SCR）	56.7	令和元年度	モニタリング指標
	入退院支援の実施件数 入退院支援加算2（SCR）	103.8	令和元年度	モニタリング指標
C903	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（再掲）	20	令和2年3月	モニタリング指標
C904	介護支援専門員に対する多職種連携に向けた支援回数	165回	令和元年	285回
C905	心不全看護分野の認定看護師数 ※	0.2	令和2年12月	モニタリング指標
C1001	訪問診療を実施している病院数・診療所数 ※	259	令和元年度	378
C1002	訪問看護師数 ※	21.5	令和2年1月	モニタリング指標
C1003	訪問薬剤指導を実施する薬局数の割合(医療)	76%	令和3年6月1日	80%

（注1）「B309急性大動脈解離に対する緊急手術件数」については、（一社）日本循環器学会の提供データを使用しており、循環器研
関連施設のみの数値となっている。

宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会 構成員名簿

(敬称略・五十音順)

氏名	所属団体等	備考
江面正幸	仙台医療センター臨床研究部長	
遠藤智之	東北医科薬科大学救急・災害医療学准教授	
小丸達也	東北医科薬科大学医学部内科学第一（循環器内科）教授	副座長
齋木佳克	東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科学分野教授	
佐藤昌司	全国健康保険協会宮城支部企画総務部長	
篠崎毅	宮城県医師会常任理事	
鈴木利一	宮城県対脳卒中協会中田支部長 脳卒中経験者	
高橋一揮	宮城県理学療法士会理事	
高平比呂子	宮城県ケアマネージャー協会研修担当者	
富永悌二	東北大学病院病院長	座長
藤森研司	東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野教授	
古城雅史	心臓病経験者	
安田聡	東北大学大学院医学系研究科循環器内科学分野教授	

宮城県循環器病対策推進計画策定の経過

年月日	経過
令和元(2019)年12月1日	健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法の施行
令和2(2020)年10月27日	国の循環器病対策推進基本計画の閣議決定
令和3(2021)年7月12日	第1回宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会開催
令和3(2021)年11月22日	第2回宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会開催
令和3(2021)年12月24日 ～令和4(2022)年1月23日	パブリックコメント実施
令和4(2022)年2月7日	第3回宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会開催

宮城県循環器病対策推進計画

宮城県保健福祉部健康推進課

〒980-8570 宮城県仙台市青葉区本町三丁目8番1号

電話：022-211-2624

FAX：022-211-2697

URL：<https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/kensui/index.html>

E-mail：kensui@pref.miyagi.lg.jp