

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

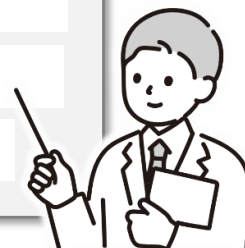
現状と課題

- (1) 栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙などの生活習慣に課題が多い
- (2) メタボ、肥満、高血圧の者が多いなど健康課題が多い
- (3) 循環器病の正しい理解が必要



施策の方向性

- (1) 一次予防の取組強化
- (2) 糖尿病重症化予防の強化
- (3) 循環器病の正しい知識の普及啓発
- (4) スマートみやぎ健民会議を核とした推進体制の整備



1 現状と課題

- (1) 栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙など生活習慣に課題が多い

循環器疾患の主な危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病ですが、宮城県はこれらの要因となる生活習慣に多くの課題があります。

栄養・食生活

高血圧の要因となる食塩の摂取量は、男性が11.2g、女性が9.7gであり、目標より多い状況です。また、降圧作用などを期待しているカリウムや食物繊維を多く含む野菜の摂取量（男女）は、275gで減少傾向にあります。同様に果物の摂取量も100g以下と課題があります。

体重や血糖のコントロールのためには、食事時間など適切な食習慣の確立が大切ですが、朝食の欠食率（20～30歳）は、男性が18.9%、女性が19.7%で、男性は減少傾向ですが、女性の欠食率が増加傾向にあります。



《図表 4-1-2》1日の野菜摂取量（県）

	宮城県：現況値 （令和4年）		第1期目標値 （令和4年度）	
	男女		男女	
野菜の摂取量 （20歳以上）	275 g （n=352人）		350 g	

出典 令和4年宮城県県民健康・栄養調査

《図表 4-1-3》1日の果物摂取量（県）

	宮城県：現況値 （令和4年）		第1期目標値 （令和4年度）	
	男女		男女	
果物の摂取量	83.7 g （n=352人）		200 g	

出典 令和4年宮城県県民健康・栄養調査

《図表 4-1-4》朝食欠食者の割合（県）

	宮城県：現況値 （令和4年）		第1期目標値 （令和4年度）	
	男性	女性	男性	女性
朝食欠食者の割合 （20～30歳）	18.9% （n=143人）	19.7% （n=137人）	23%	9%

出典 令和4年宮城県県民健康・栄養調査



歩 数

日常生活における歩数は、20～64歳男性が7,263歩、女性が6,413歩、65歳以上男性が4,402歩、女性が5,019歩と、目標の歩数より少ない状況です。

《図表 4-1-5》1日の歩数（県）

	宮城県：現況値 （令和4年）		第1期目標値 （令和4年度）	
	男性	女性	男性	女性
1日の歩数 20～64歳	7,263歩 （n=96人）	6,413歩 （n=104人）	9,000歩	8,500歩
1日の歩数 65歳以上	4,402歩 （n=52人）	5,018歩 （n=67人）	7,000歩	6,000歩

出典 令和4年宮城県県民健康・栄養調査



(2) メタボ、肥満や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。

肥 満

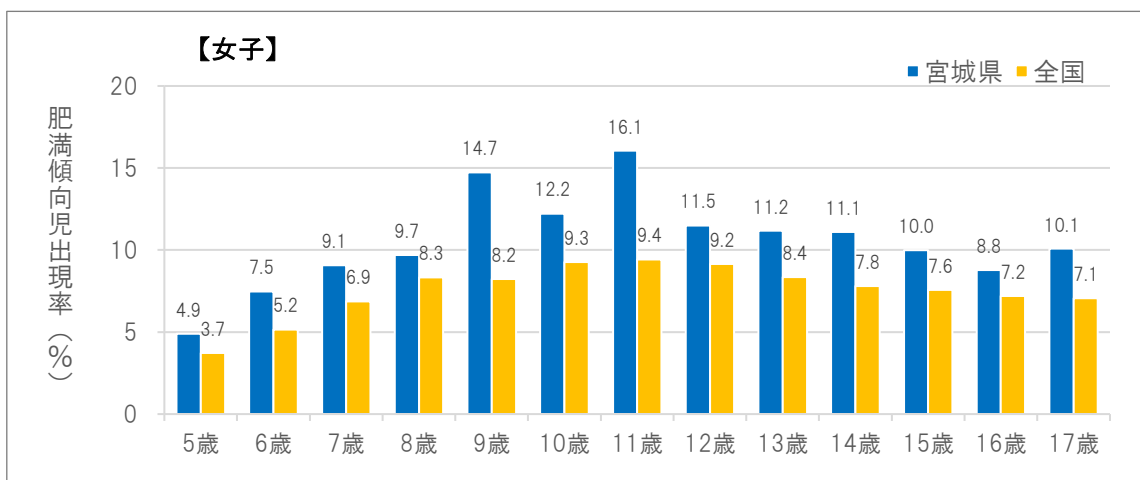
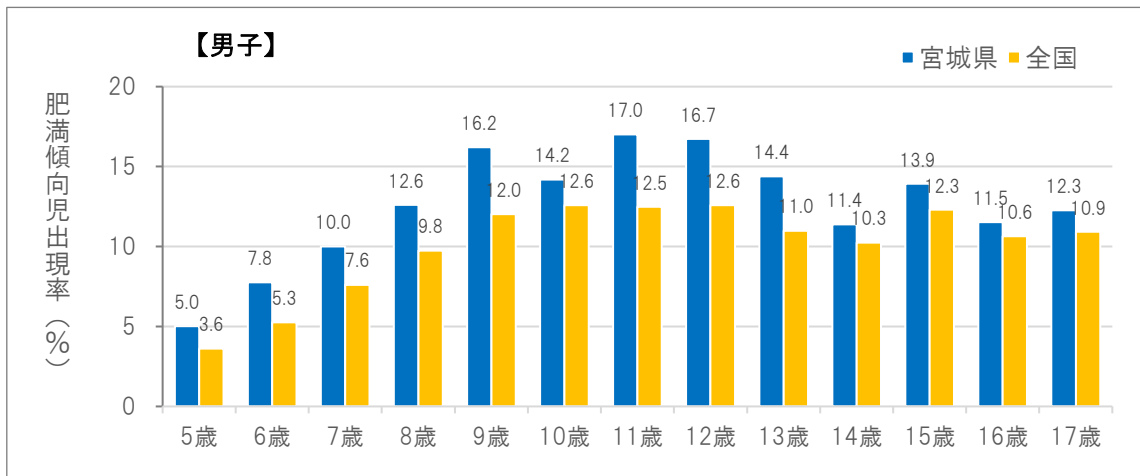
5歳から17歳における肥満傾向児（※1）の出現率は、男女ともにほぼ全ての年齢で全国平均値を上回っています。

大人の肥満者の割合も各年代で高く、全国的にも高くなっています。

また、子どものときからの肥満が、大人の肥満につながる傾向にあると考えられるため、早期の予防対策が大切です。

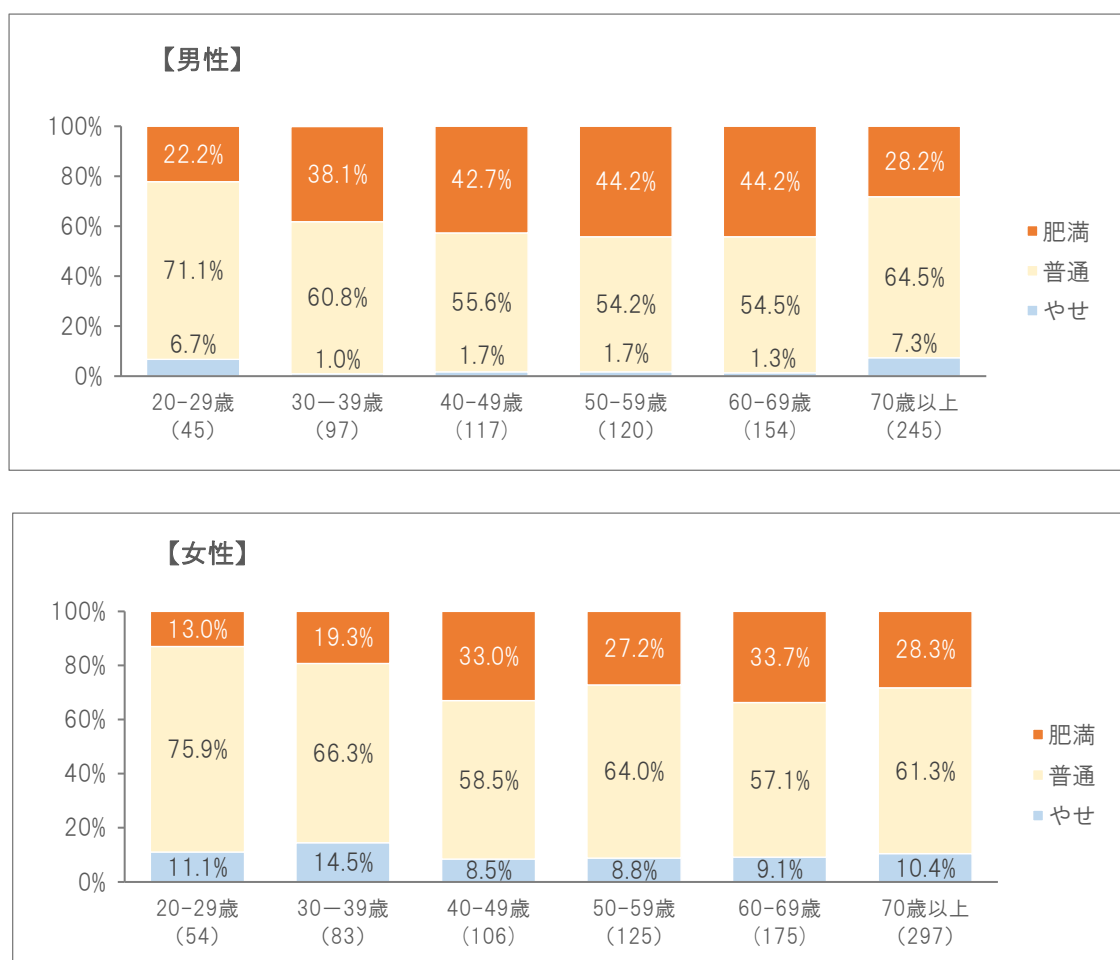


《図表4-1-7》肥満傾向児の出現率（令和3(2021)年度）県・全国



出典 学校保健統計（文部科学省）

《図表4-1-8》体格（BMI※2）の状況（20歳以上）（令和4(2022)年度）県



出典 令和4年宮城県県民健康・栄養調査

※1 **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%以上の者をいいます。
 肥満度 = (実測体重 - 身長別標準体重) / 身長別標準体重 × 100 (%)

※2 **BMIとは**

[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値。肥満や低体重（やせ）の判定に用いるものです。
 日本肥満学会の定めた基準では18.5未満が「低体重（やせ）」、18.5以上25未満が「普通体重」、25以上が「肥満」に分類されます。

高血圧・脂質異常症・糖尿病

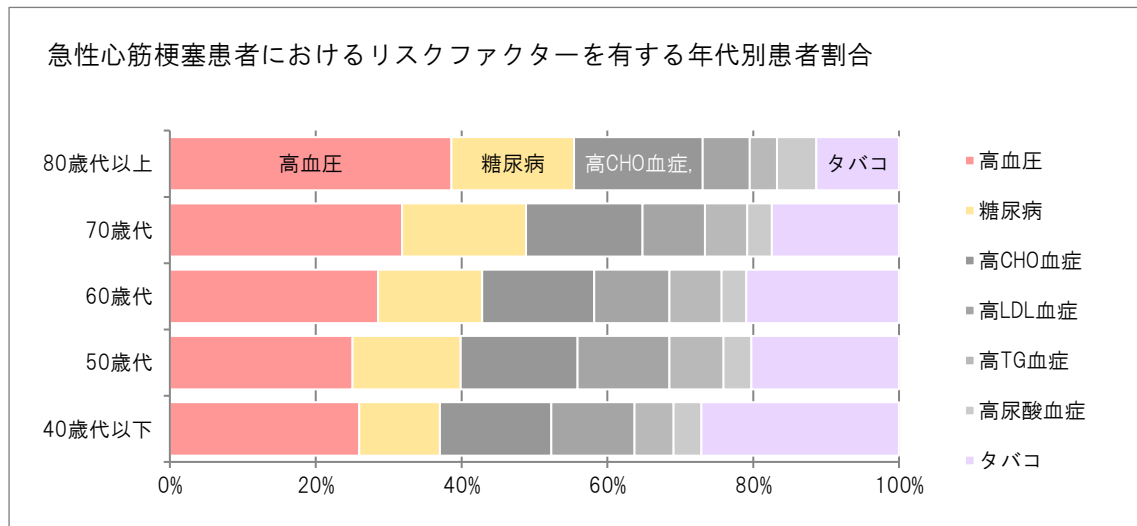
第2章第3節に記載のとおり、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の特定健診における有所見者が全国平均より高い状況にあります。

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。

また、糖尿病については、特定健診における有所見者が全国より多いことや、糖尿病受療率が増加傾向であること、糖尿病性腎症による人工透析新規導入患者数が減少しないことが課題となっています。

《図表4-1-9》急性心筋梗塞のリスクファクター別患者数（令和3(2021)年）県

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歳代以下 (割合)	104 (100)	68 (65.4)	29 (27.9)	40 (38.5)	30 (28.8)	14 (13.5)	10 (9.6)	71 (68.3)
50歳代 (割合)	177 (100)	125 (70.6)	74 (41.8)	80 (45.2)	63 (35.6)	37 (20.9)	19 (10.7)	101 (57.1)
60歳代 (割合)	274 (100)	204 (74.5)	102 (37.2)	110 (40.1)	74 (27.0)	51 (18.6)	24 (8.8)	150 (54.7)
70歳代 (割合)	400 (100)	309 (77.3)	165 (41.3)	155 (38.8)	83 (20.8)	56 (14.0)	33 (8.3)	169 (42.3)
80歳代以上 (割合)	361 (100)	300 (83.1)	131 (36.2)	137 (38.0)	50 (13.9)	29 (8.0)	42 (11.6)	88 (24.4)
合計 (割合)	1,316 (100)	1,006 (76.4)	501 (38.1)	522 (39.7)	300 (22.8)	187 (14.2)	128 (9.7)	579 (44.0)



出典 急性心筋梗塞調査報告書（令和3年分）（宮城県心筋梗塞対策協議会）

メタボリックシンドローム

第2章第3節に記載のとおり、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合は32.2%（令和3(2021)年度）で、増加傾向にあり、特定健診が始まった平成20(2018)年度から令和3(2021)年度まで、連続で全国ワースト3位以内と全国下位を推移しています。

(3) 循環器病の正しい理解が必要

循環器病は、①生活習慣病の予備群、②生活習慣病の発症、③重症化・合併症の発症、④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。

2 施策の方向性

(1) 一次予防の取組強化

第3次みやぎ21健康プランと連動（本計画における目標値は、第3次みやぎ21健康プランにおいて定める目標値と同じ）し、総合的に健康づくり・メタボ対策の取組を推進するとともに、循環器病予防につながる栄養・食生活、身体活動・運動、たばこ対策等、個々の取組を強化します。

健康への関心が低い者を含む幅広い者に対してアプローチをするため、関係機関と連携しながら、健康を意識しなくても自然と健康になれる環境づくりに取り組むとともに、実効性のある取組を推進していきます。

また、令和5(2023)年度から、「みやぎ健康の日(11月11日)」を含む11月を「みやぎ健康月間」とし、職域や地域全体での健康づくりの取組を盛り上げ、県民運動としての展開を図ります。



栄養・食生活

(1) 健康的で持続可能な食環境づくりの推進

健康な食事へのアクセスや正しい栄養・食生活の情報アクセスが容易になることで、減塩や野菜摂取増加など食生活の改善を後押し、自然に健康になれる食環境づくりを展開します。

推進に当たっては、企業・大学・マスコミなど、食や情報を支える関係機関・団体と連携・協働し、多様な主体が参画している「宮城県食育推進プラン」と連動した宮城らしい「健康な食事」が実践しやすい、持続可能な食環境づくりを推進します。

さらに、地域の特性を踏まえて、市町村が実施する食環境づくりの取組との連動を図ります。



(2) 栄養・食生活に関する正しい情報の発信

バランスのとれた食生活や、食品選択、食事の適量摂取など適切な食習慣・食行動の定着を促すため、多方面からの食育活動を推進します。また、食環境づくりの一環として、デジタル技術の活用やインターネット、SNS、マスメディア等との連携による、栄養・食生活や食品の栄養成分表示の活用など正しい情報にアクセスしやすい環境づくりを推進します。

特に、生活習慣病予防のため、野菜、食塩、アルコールなど食品の選択や栄養成分表示などの健康・栄養情報の活用について普及啓発を図ります。

(3) 効果的な栄養・食生活の実態把握の実施と適切な情報の発信

市町村や大学等と連携し、定期的に県民の栄養・食生活のモニタリングによる、効果的な減塩対策や、栄養・食生活の見える化など新たな普及方策を検討し、展開します。

正しい情報の伝達を図るため、管理栄養士や食生活改善推進員等のボランティアなど、栄養・食生活に関わる人材育成を県栄養士会ほか関係団体と連携・協力により実施します。

(4) 食を通じた地域・社会とのつながりの促進

共食の機会の増加により、食事の質の向上が期待されていることから、その意義について普及啓発を図ります。

市町村や食生活改善推進員活動などの地域活動に加え、職場や施設等で共食や食の体験の機会の増加について多様な主体の連携・協働により推進します。

身体活動・運動

(1) 身体活動や歩数増加の機会の増加

保育・教育委機関、職場、地域などにおいて、身体を動かすレクリエーションやスポーツ、歩数増加などのイベントが実施され、定着することにより、運動習慣や身体活動量増加の契機となるよう、スマートみやぎ健民会議をはじめとし、様々な主体による取組を促進します。

(2) 歩きやすい・歩きたくなるまちづくり

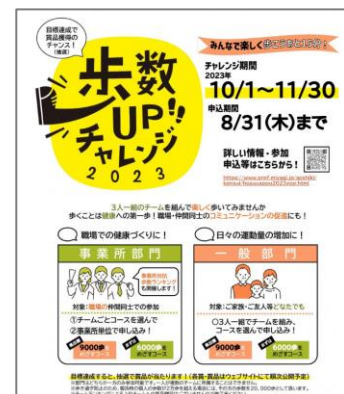
歩くことは、健康増進にとどまらず、街を歩くことによって生まれる様々な交流がコミュニティ活動や社会参加を促し、フレイル予防の効果も期待されることから、庁内他部局と連携し、「歩きやすい・歩きたくなる」まちづくりを推進します。

(3) PHR の活用促進

健診データ等から、歩数や身体活動量の増加など自身の健康管理に利活用できるよう、PHRの基盤を構築し、活用を促進します。

(4) 身体活動・運動に関する情報発信

自分の1日の歩数や身体活動量の意識付けが図られるよう、適切な身体活動量や実践方法等に関する正しい知識の普及啓発に取組みます。



(1) 多様な主体による喫煙の健康影響に関する普及啓発

多様な主体と連携し、各種イベントやキャンペーンなどを活用して、喫煙及び受動喫煙の健康影響に関する知識の啓発や禁煙に関する情報提供を行います。

市町村や医療機関と連携を図りながら、妊娠中の喫煙による妊婦や胎児への影響等の知識の普及に取り組みます。

20歳未満の喫煙防止のため、児童・生徒や保護者に向けた啓発など学校保健と連携した取組を推進するとともに、喫煙の健康影響に関する認識を深め、社会全体で未成年者を喫煙の影響から守ろうとする機運の醸成に向けた啓発も行います。



(2) 望まない受動喫煙が生じない環境づくり

制度の周知と健康増進法を順守した受動喫煙防止対策が徹底されるように取組を行います。また、受動喫煙防止のための社会環境整備に取り組む施設を増やし、職場や飲食店における受動喫煙のない環境づくりを推進します。

子どもや妊婦に与える受動喫煙の健康影響についての理解を深め、家庭での受動喫煙防止対策に対する意識の向上を図ります。

(3) 禁煙支援に係る情報発信

喫煙希望者が禁煙を意識する機会が持てるような啓発を実施し、禁煙を実施するための支援策を講じます。また、禁煙外来のある医療機関や禁煙支援薬局などの情報提供を行い、禁煙に向けた支援を推進していきます。

(4) 喫煙の健康影響に関する知識の普及

喫煙や受動喫煙の健康影響に関する意識向上のため普及啓発活動を一層推進します。特に、胃潰瘍や歯周病とのかかわりに関する知識については、更なる普及に向けた啓発の強化を行います。

目標

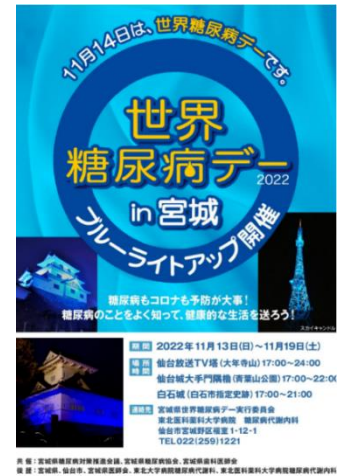
第3次みやぎ21健康プランの目標値

一次予防の項目	目標値（令和17（2035）年度）	
	男性	女性
塩分摂取量（20歳以上）	7.5 g	6.5 g
野菜の摂取量（20歳以上）	350 g	
果物の摂取量（20歳以上）	200 g	
朝食欠食者の割合（20～30歳）	10%	
1日の歩数（20～64歳）	8,000歩以上	
1日の歩数（65歳以上）	6,000歩以上	
喫煙率（20歳以上）	20%	4%

(2) 糖尿病重症化予防の強化

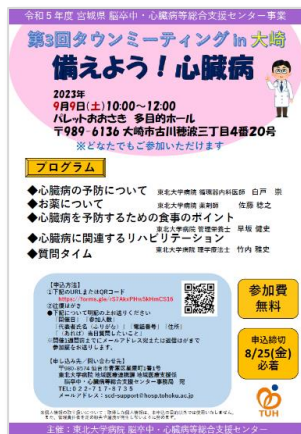
県内の糖尿病性腎症重症化予防の取組状況を共有するなど、医師会及び宮城県糖尿病対策推進会議と連携しながら、引き続き、保険者への「宮城県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の定着促進を図っていきます。

また、保健指導実践者を対象とした研修の実施による人材育成や、宮城県国民健康保険団体連合会と連携した糖尿病治療中断者リストの作成・配布などにより、保険者の取組を推進するための体制整備・環境整備に取り組み、糖尿病重症化予防事業の円滑な実施を支援していきます。



(3) 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、令和4(2022)年度から設置された宮城県脳卒中・心臓病等総合支援センターを中心とし、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。



住民向け市民公開講座の様子（東北大学病院提供）

(4) スマートみやぎ健民会議を核とした推進体制の整備

県の健康課題の改善のため、企業、保険者、医療・保険・産業分野の機関・団体、大学等研究機関、報道機関、行政等の参画と協働による健康づくりの推進体制として、平成28(2016)年2月に「スマートみやぎ健民会議」を設立し、賛同する企業・団体数を増やしてきました。

また、スマートみやぎ健民会議をサポートする応援企業や、住民が日常生活で健康チェックなどができるヘルスサテライトステーションの登録数も増加しています。

今後は、スマートみやぎ健民会議をはじめ、応援企業やヘルスサテライトステーションにおける取組が、より実効性や効果の高いものとなるよう、会員間の情報交換による活動の活発化や、成果の見える化に取り組んでいきます。

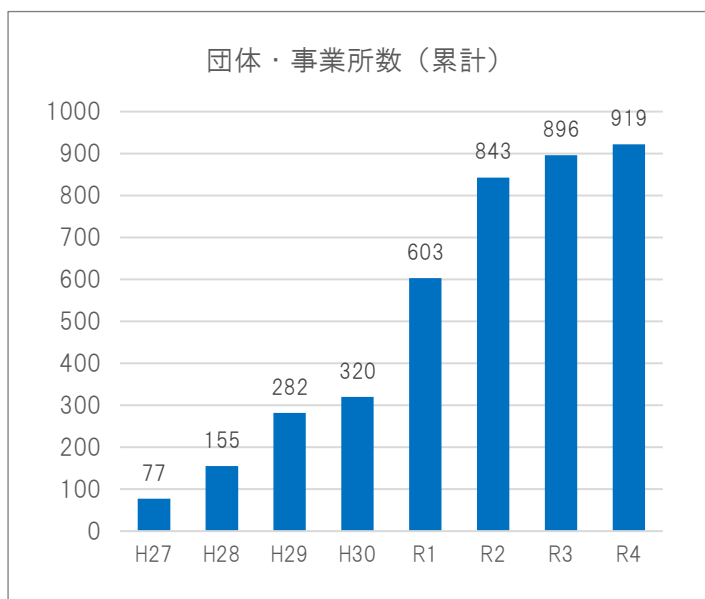
データヘルスの取組として、県民の保健、医療、介護に関する既存データを分析し、県、圏域別、市町村別の健康状態の見える化に取り組んできました。今後は、データヘルスの充実に加え、各圏域においても市町村、保育・教育機関、産業保健等の関係機関と健康課題を共有し、連携して各ライフステージの健康課題に応じた取組を推進していきます。

これらの取組により、全ライフステージへの切れ目のない健康づくりの支援体制を整備し、循環器病の予防対策強化を図ります。



スマートみやぎ健民会議
応援企業による取組

《図表4-1-10》スマートみやぎ健民会議会員数の推移



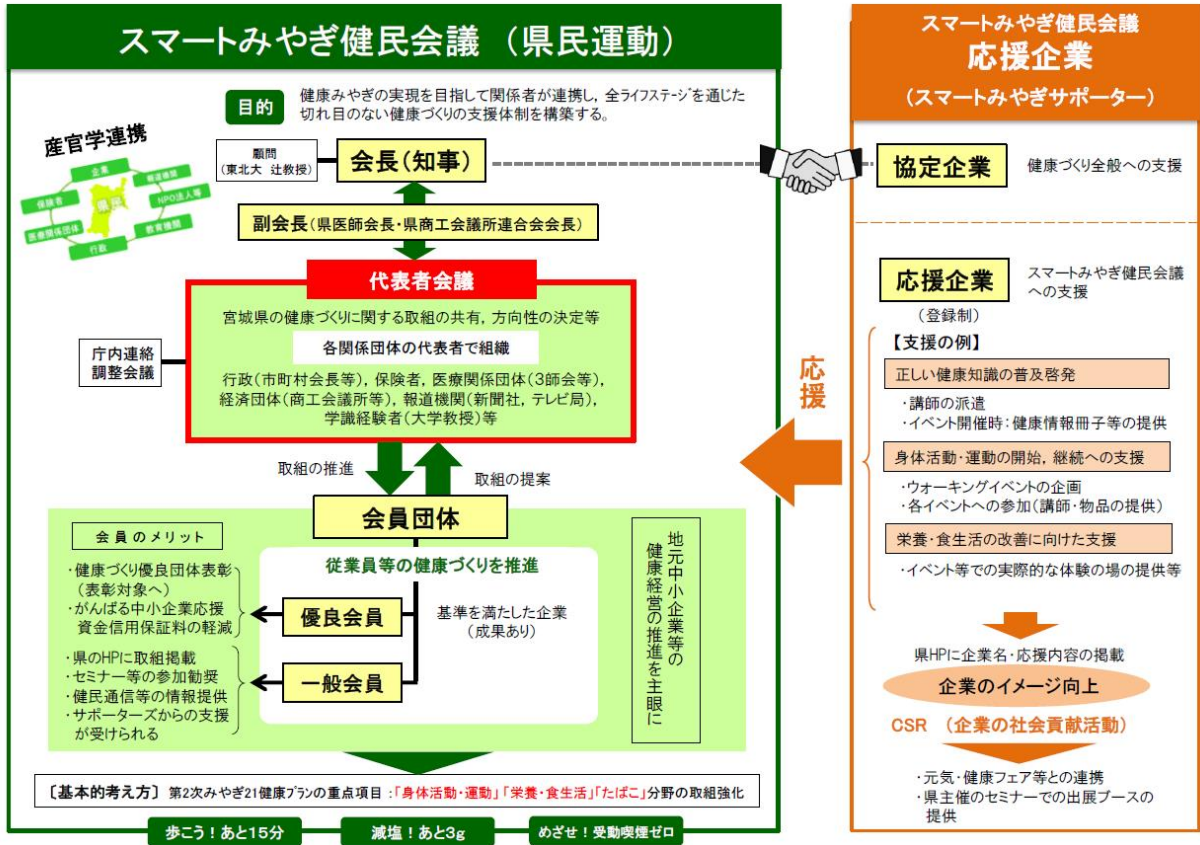
出典：宮城県保健福祉部調べ



ヘルスサテライトステーションによる健康チェック・健康情報発信拠点

《図表4-1-11》スマートみやぎ健民会議の概要図

スマートみやぎ健民会議



第4章 分野ごとの課題と施策

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

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



施策の方向性

- (1) 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
- (2) 特定健診等の重要性の県民への普及啓発
- (3) 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3（2021）年度は61.7%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（2018）年度以降は全国平均を上回り、令和3（2021）年度は25.1%となっています。

現状では、第8次地域医療計画に定める目標値（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。

特定健診とは

生活習慣病の予防のために、対象者（40歳～74歳）の方にメタボリックシンドロームに着目した健診を行います。



特定保健指導とは

生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すサポートをします。



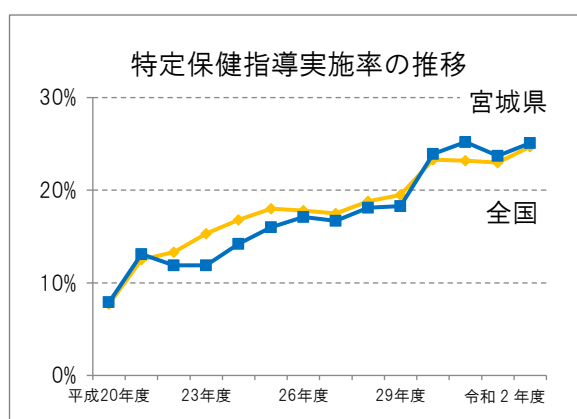
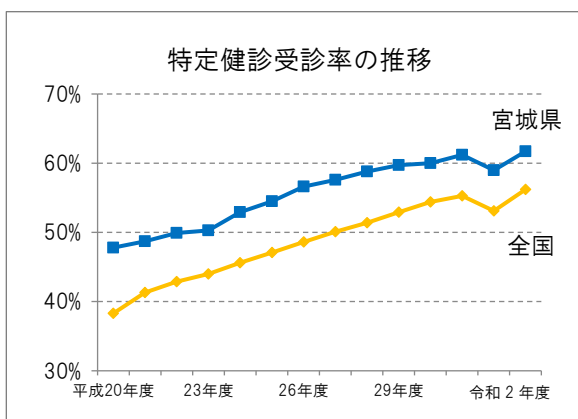
（厚生労働省のホームページより）

《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
H20年度	38.3%	47.8%	2	7.7%	7.9%	30
21年度	41.3%	48.7%	2	12.5%	13.1%	26
22年度	42.9%	49.9%	4	13.3%	11.9%	40
23年度	44.0%	50.3%	3	15.3%	11.9%	44
24年度	45.6%	52.9%	3	16.8%	14.2%	44
25年度	47.1%	54.5%	3	18.0%	16.0%	37
26年度	48.6%	56.6%	3	17.8%	17.1%	35
27年度	50.1%	57.6%	3	17.5%	16.7%	35
28年度	51.4%	58.8%	3	18.8%	18.1%	33
29年度	52.9%	59.7%	3	19.5%	18.3%	35
30年度	54.4%	60.0%	3	23.3%	23.9%	31
R元年度	55.3%	61.2%	4	23.2%	25.2%	26
2年度	53.1%	59.0%	4	23.0%	23.7%	29
3年度	56.2%	61.7%	4	24.7%	25.1%	31



特定保健指導の様子
 (全国健康保険協会宮城支部提供)
 (一般財団法人宮城県予防医学協会協力)

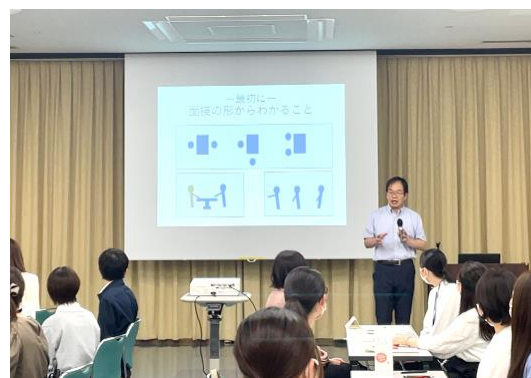


出典 特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ（厚生労働省）

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4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受診率及び実施率向上のための研修等を実施していきます。



令和5年度宮城県特定健診・特定保健指導従事者育成研修会

※ 特定健診・特定保健指導従事者育成研修会

特定保健指導に従事者が、特定健診・保健指導の制度やメタボリックシンドロームの病態の理解、指導項目についての知識や指導方法を理解した上で、対象者個々のライフスタイルや行動変容ステージを踏まえた目標を立てることができるようになることを目的として、年に1回開催しています。



**保健指導技術の考え方 1
保健指導スキルとは**

保健指導スキルの例：
対象者に共感や誠実な関心をしめす
健康結果をわかりやすく示す
エビデンスを的確に示す。
→具体的なやり方は？

- ・保健指導を効果的に行うための基本的な考え方を頭を整理するに役立つ。
- ・どんな場面で、どう行動したら実践できるかは明らかでないことが多い。
- ・身につけるためのトレーニングも不明瞭なことが多い。

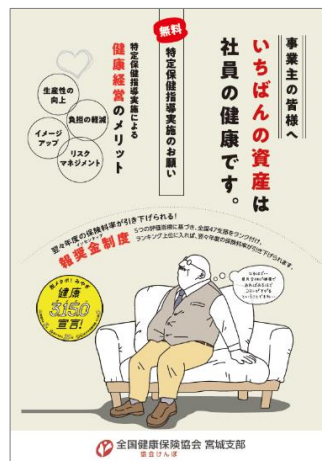
令和5年度研修プログラム

内 容	
講義編 (オンデマンド配信)	○特定健診・保健指導の制度と仕組み
	○宮城県の現状と事業について
	○メタボリックシンドロームと生活習慣病に関する基礎知識
	○食生活・アルコールに関する保健指導のポイント
演習編 (会場参加型)	○身体活動・運動に関する保健指導のポイント
	○喫煙者に対する保健指導のポイント
	○対象者のアセスメント・面談技術のポイント
	○ロールプレイング 1グループ3人に分かれて、事例を元にロールプレイを実施。(指導者、指導を受ける人、観察者)
	○発表・講評 ・3グループから発表 ・講師から講評

(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。



全国健康保険協会宮城支部作成ポスター

(3) 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。



健診の様子
(全国健康保険協会宮城支部提供)
(一般財団法人宮城県予防医学協会協力)

第4章 分野ごとの課題と施策



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

II 救急搬送体制の整備

現状と課題

- (1) 119番通報から病院収容までの時間が全国平均より長い
- (2) 病院前救護体制の充実が求められている



施策の方向性

- (1) ドクターヘリの安全かつ効果的な運用
- (2) 救急搬送情報共有システムの効果的な運用
- (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搬送の推進
- (4) 救急救命士の配備体制の充実
- (5) 応急手当等の普及啓発



1 現状と課題

- (1) 119番通報から病院収容までの時間が全国平均より長い

令和3（2021）年中の119番通報から現場到着までの平均時間は9.3分で、全国平均9.4分とほぼ同水準となっています。

一方で、119番通報から救急車による医療機関等への平均収容所要時間は、44.9分で、全国平均42.8分より長くなっています。

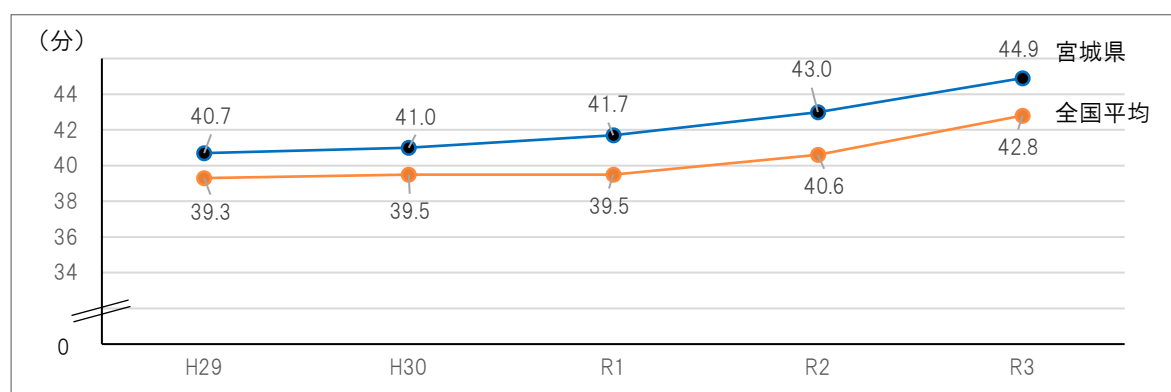
令和2（2020）年から令和3（2021）年までは、新型コロナウイルス感染症拡大による影響が考えられます。



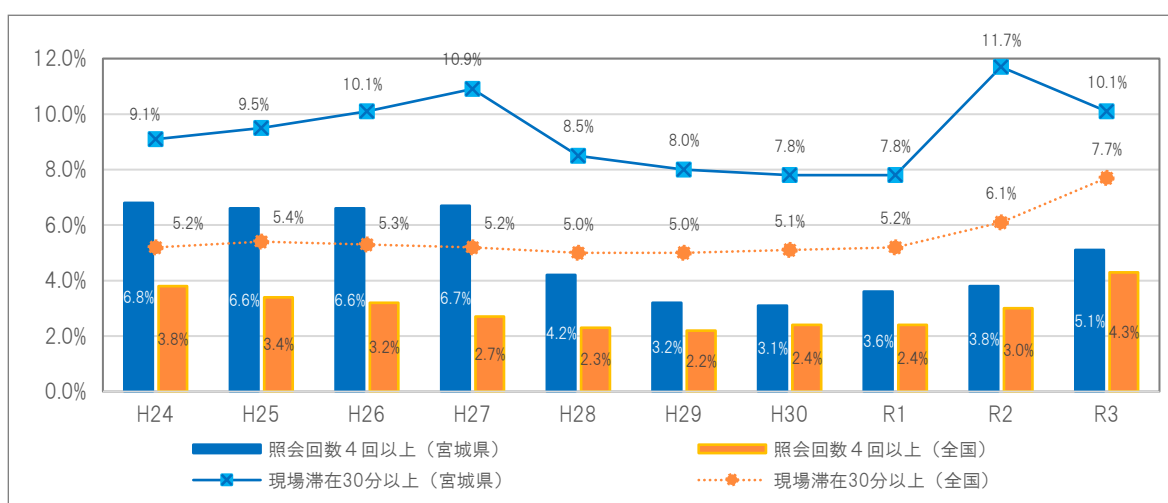
救急車（仙台市消防局提供）

《図表4-2-2》搬送時間（現場到着までの所要時間及び現場から病院収容所要時間）の推移 県・国（単位：分）

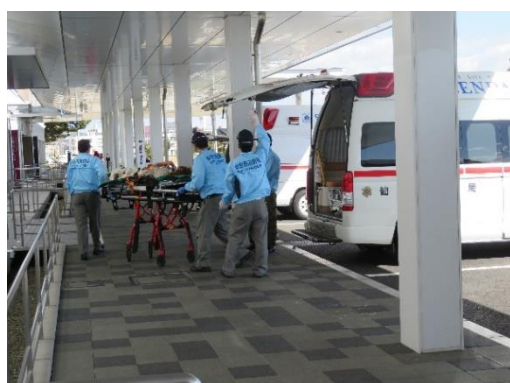
	H29		H30		R1		R2		R3	
	現場到着	病院収容	現場到着	病院収容	現場到着	病院収容	現場到着	病院収容	現場到着	病院収容
宮城県	8.4	40.7	8.6	41.0	8.6	41.7	8.9	43.0	9.3	44.9
全国平均	8.6	39.3	8.7	39.5	8.7	39.5	8.9	40.6	9.4	42.8
差	▲0.2	1.4	▲0.1	1.5	▲0.1	2.2	0	2.4	▲0.1	2.1



《図表4-2-3》医療機関に受入照会を行った回数・現場滞在時間区分別（重症以上）（県、全国）



出典 総務省消防庁「「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査の結果」



病院への救急搬送の様子（仙台医療センター提供）

(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おける課題があります。

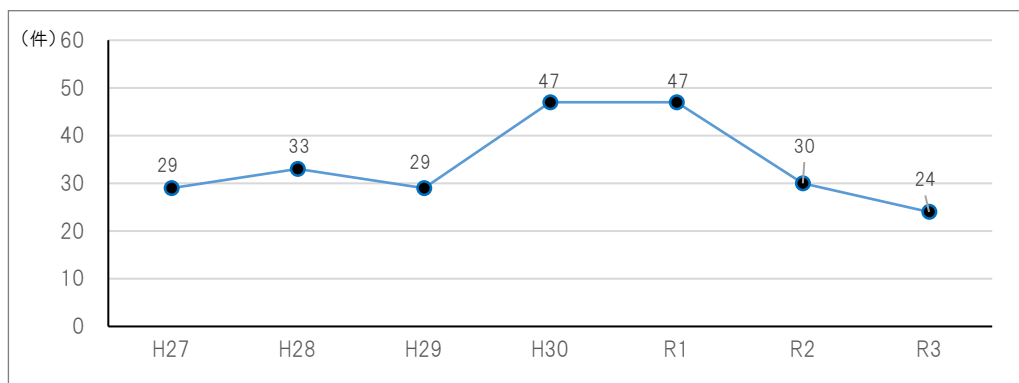
まずは、緊急性を有する疾患であると認識し、心血管疾患などではないかと疑うことが大変重要であり、救急隊連絡までの時間を短縮するために、医療機関の協力を得て、救急医療に関する県民への啓発が必要です。



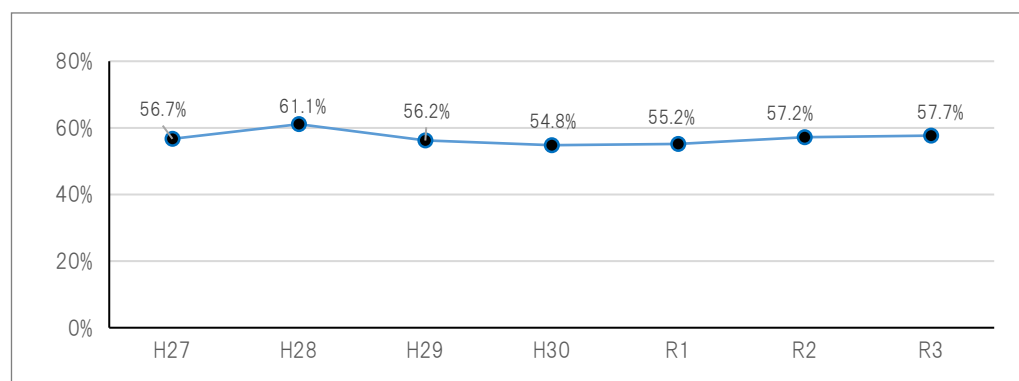
心肺停止等一刻を争う重篤患者については現場での蘇生処置が極めて重要であり、県民などのバイスタンダー（現場に居合わせた人）に対する心肺蘇生法の知識や自動体外式除細動器（AED）の普及が求められていますが、近年、一般市民により除細動が実施された件数は減少しています。

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加え、令和3（2021）年10月から、「病院前」から延長して「病院に到着し入院するまでの間」においても、救急救命処置が可能となったことから、医療機関に勤務する救急救命士の活躍の場が広がりました。

《図表4-2-4》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の推移(県)



《図表4-2-5》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(県)



出典 救急・救助の現況(総務省消防庁)

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

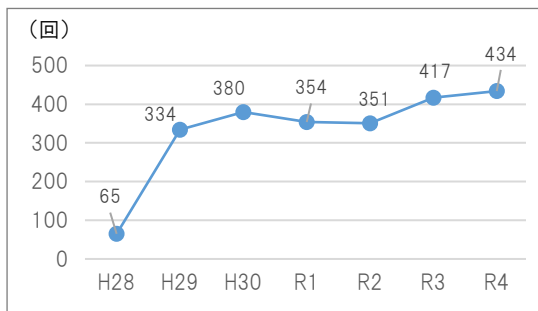
早期の医療提供による救命率の向上を図るため、宮城県ドクターヘリを運航しています。県内全域をほぼ30分でカバーし、基地病院、消防機関及び医療機関等と連携しながら、安全かつ安定的な運航体制を確保しています。今後も、関係機関とともに症例検討や啓発活動等の実施や、隣県（岩手県、山形県及び福島県）との広域連携により、より効果的かつ効率的な運用を図ります。

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確保に努めます。

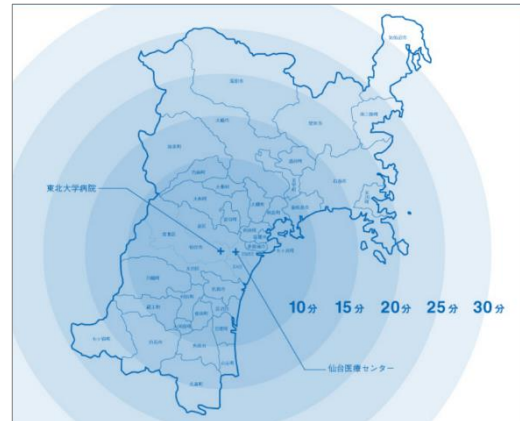


仙台医療センターに到着したドクターヘリ

《図表4-2-6》ドクターヘリ要請回数の推移（県）



出典：宮城県保健福祉部調べ
(H28.10.28 運航開始)

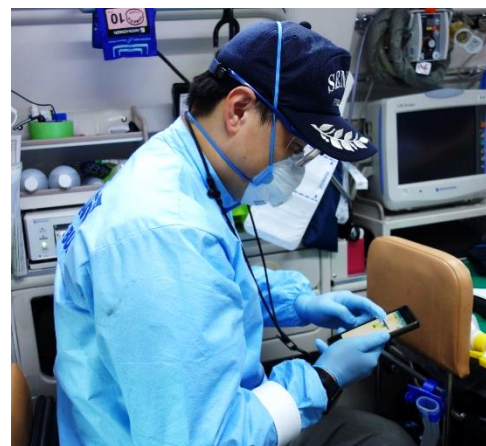


東北大学病院のホームページ「宮城県ドクターヘリ事業」から

(2) 救急搬送情報共有システムの効果的な運用

救急搬送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や当直医等の情報がリアルタイムで共有される救急搬送情報共有システムについて、仙台医療圏の救急隊や医療機関にタブレットやスマートフォンを整備し、仙台市のシステムと連携して運用しています。

救急隊や医療機関での効果的な運用及び連携を推進していますが、更なる利便性の向上に向けたシステムの在り方について検討していきます。



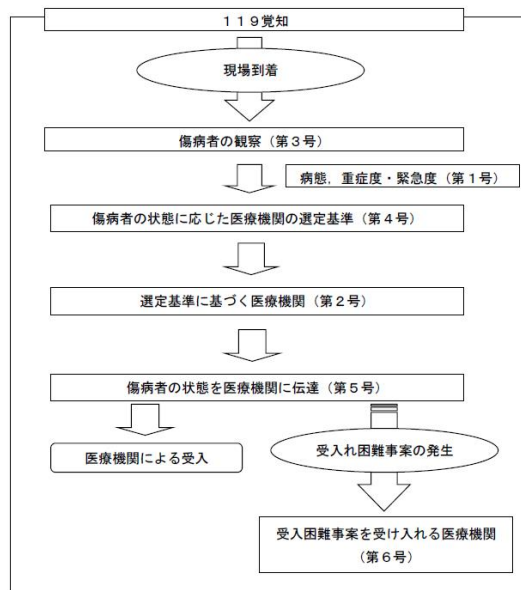
救急搬送情報共有システム（スマートフォン）を確認する救急隊（仙台市消防局）

(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」を策定するとともに、これまで「整形外科的外傷」、「脳卒中疑い」、「消化管出血疑い」、「急性腹症」及び「その他腹痛」について改正を行ってきました。

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。

○実施基準活用イメージ



メディカルコントロールとは

メディカルコントロールとは、救急現場から医療機関に搬送されるまでの間において、救急救命士が救急救命処置を実施する場合、当該救急救命処置を医師が指示又は指導・助言及び検証してそれらの救急救命処置の質を保障することをいいます。

具体的には、

- (1) 救急隊に対する指示体制、指導・助言体制の充実
- (2) 救急活動の事後検証体制の構築
- (3) 救急救命士の再教育等の充実

を消防機関と救急医療機関が連携して行うことが求められています。

宮城県メディカルコントロール協議会は、上記(1)～(3)の取組について協議する県の協議会です。協議会では、地域レベルの協議会の枠組み（区域割り、構成メンバーなど）を決定するとともに、各地域で行う上記(1)～(3)の取組事項に関する調整や助言の役割を担っています。

また、県内 9 地域に地域メディカルコントロール協議会が設立されております。

各地域では、医師による救急活動の事後検証や現場の救急隊員に対する指示、病院における応急処置の実習を通して、救急救命士や救急隊員のレベルアップに取り組んでいます。



第 1 回会議の様子

(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、県では、救急救命士が常時同乗している割合は92.1%（令和4（2022）年4月1日現在）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

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、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うため、応急手当講習会（※）を通じ、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。



※応急手当講習会

各消防本部では一般県民向けに心肺蘇生やAEDの使い方等の応急手当を習得して頂けるよう、救命講習等を実施しています。

参加を希望される場合はお住まいの地域を管轄している消防機関か、勤務地を管轄している消防機関へお問い合わせください。

(例) 普通救命講習1(3時間)

- ・主に成人に対する心肺蘇生法
- ・異物除去法、大出血時の止血法、AEDの使用方法



第4章 分野ごとの課題と施策



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

Ⅲ 医療提供体制の構築

現状と課題

- (1) t-PA※常時実施可能等の医療提供施設、医師が仙台医療圏に集中し、地域差がある
- (2) 脳卒中患者等への在宅医療の充実が必要
- (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



施策の方向性

- (1) 24時間体制で急性期医療が実施される体制の整備
- (2) 在宅医療の提供体制の構築及び関係機関の連携推進
- (3) 各治療ステージに携わる人材の育成
- (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



1 現状と課題

- (1) t-PA 常時実施可能等の医療提供施設、医師が仙台医療圏に集中し、地域差がある

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（一次脳卒中センター）、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、医療圏ごとの地域差が存在します。

※ 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。

脳卒中

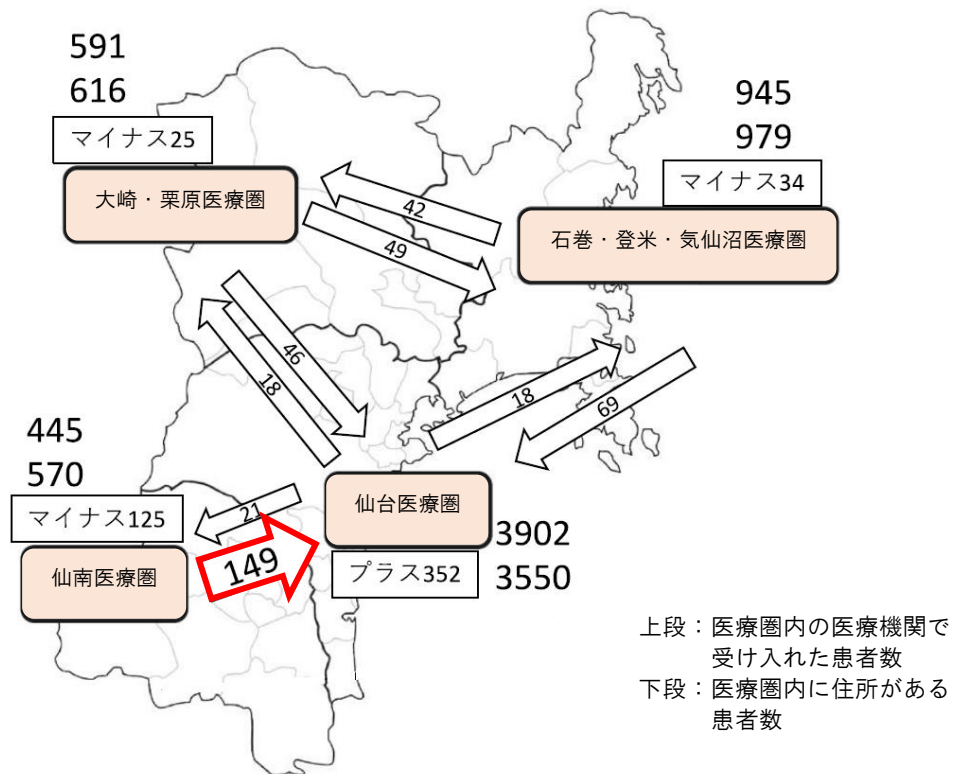
t-PA を常時実施可能な施設（一次脳卒中センター(PSC)）は、特に仙南医療圏及び大崎・栗原医療圏において少なく、脳卒中に対応する診療科の医師についても、特に仙台市に集中していることが課題となっています。

また、二次医療圏ごとに、入院患者の受療動向を見ると、仙台医療圏への流入が多いことが分かります。特に、仙南医療圏からの流入が多くなっていますが、仙台医療圏に集約化された高度な医療を提供する病院において適切に治療されています。



治療の様子（東北大学病院提供）

《図表 4-2-7》脳卒中患者の施設・症例の医療圏別症例数（県）



令和3(2021)年 (人)		患者住所の医療圏						
		仙南	仙台	大崎・栗原	石巻・登米・気仙沼	県外	不明	合計
病院の医療圏	仙南	421	21	0	1	2	0	445
	仙台	149	3,493	46	69	133	12	3,902
	大崎・栗原	0	18	521	42	10	0	591
	石巻・登米・気仙沼	0	18	49	867	11	0	945
	合計	570	3,550	616	979	156	0	5,883

出典 宮城県脳卒中発症登録 2021 年

《図表4-2-8》一次脳卒中センター(PSC)とコア施設(県)



出典：一般社団法人日本脳卒中学会
令和5（2023）年10月時点

	医療機関名	2次医療圏	コア施設
①	仙台東脳神経外科病院	仙台	
②	国立病院機構 仙台医療センター	仙台	
③	東北医科薬科大学病院	仙台	
④	東北大学病院	仙台	○
⑤	仙台市立病院	仙台	
⑥	一般財団法人広南会 広南病院	仙台	○
⑦	社会医療法人将道会 総合南東北病院	仙台	
⑧	みやぎ県南中核病院	仙南	
⑨	石巻赤十字病院	石巻・登米・気仙沼	
⑩	大崎市民病院	大崎・栗原	

一次脳卒中センター(PSC)とは

地域の医療機関や救急隊からの要請に対して、24時間365日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療（rt-PA 静注療法を含む）を開始できる医療機関です。

一般社団法人日本脳卒中学会が指定する条件を満たした医療機関が認定されます。

一次脳卒中センター(PSC)コアとは

一次脳卒中センター(PSC)の条件を満たしつつ、rt-PA 静注療法に加えて機械的血栓回収療法の治療実績や診療体制をもとに常時（24時間）機械的血栓回収療法が行えることなどの条件を満たした医療機関です。宮城県内では、令和5年10月時点で東北大学病院と広南病院の2病院が認定されています。

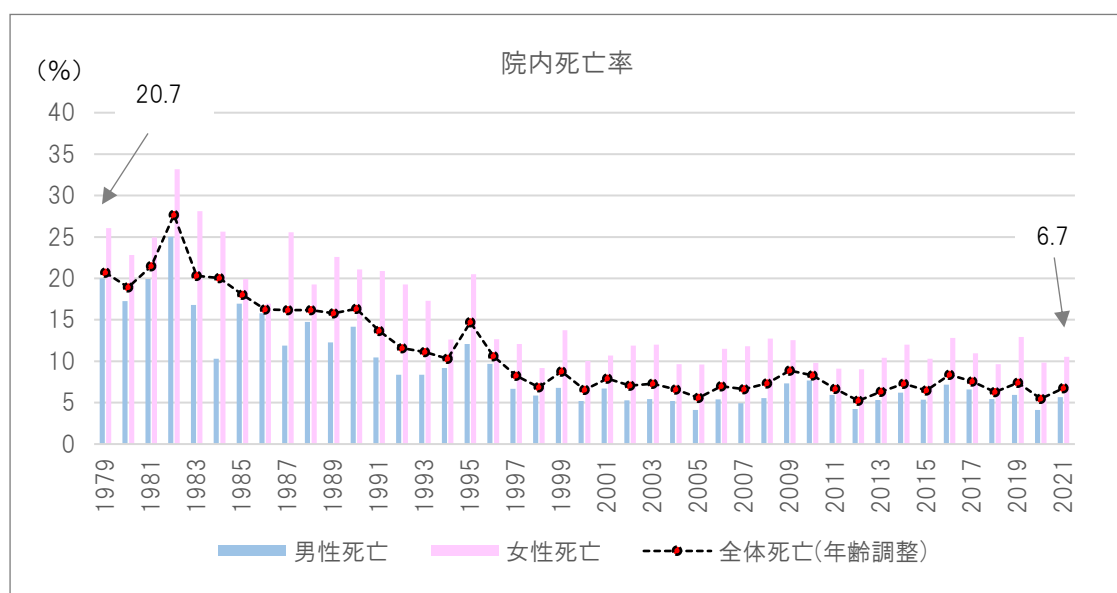
心筋梗塞

宮城県では急性心筋梗塞の発症頻度が増加する一方で、院内死亡率（院内の30日以内の急性期の心筋梗塞死亡率）は昭和54（1979）年の20.7%から令和3（2021）年の6.7%と劇的に改善しました。

院内死亡が改善した原因として、救急医療体制が整備されて救急車の利用率が増加したことと、詰まった冠動脈を再疎通する経皮的冠動脈インターベンションによる血行再建術が多くの症例で施行されていることが挙げられます。

ところが、高齢者において急性期の経皮的冠動脈インターベンションの施行率が増加している一方で、59歳以下の若い世代においても増加しており、最近の約10年間の急性期死亡率は、ほぼ横ばいの傾向にあります。

《図表4-2-9》心筋梗塞患者の院内死亡率の推移（人口10万対）（県）



出典 急性心筋梗塞調査報告書 2021年

《図表4-2-10》主な急性心筋梗塞受入れ医療機関（県）



出典：急性心筋梗塞調査報告書（令和4年分）
 において、急性心筋梗塞の受入れ実績が
 あった医療機関を記載

	医療機関名	2次医療圏
①	みやぎ県南中核病院	仙南
②	総合南東北病院	仙台
③	公益財団法人宮城厚生協会 坂総合病院	仙台
④	東北大学病院	仙台
⑤	仙台厚生病院	仙台
⑥	東北労災病院	仙台
⑦	東北医科薬科大学病院	仙台
⑧	国立病院機構 仙台医療センター	仙台
⑨	仙台オープン病院	仙台
⑩	仙台市立病院	仙台
⑪	医療法人徳洲会仙台徳洲会病院	仙台
⑫	宮城県成人病予防協会附属仙台循環器病センター	仙台
⑬	独立行政法人地域医療機能推進機構仙台病院	仙台
⑭	大崎市民病院	大崎・栗原
⑮	みやぎ北部循環器科	大崎・栗原
⑯	栗原市立栗原中央病院	大崎・栗原
⑰	石巻市立病院	石巻・登米・気仙沼
⑱	石巻赤十字病院	石巻・登米・気仙沼
⑲	齋藤病院	石巻・登米・気仙沼
⑳	気仙沼市立病院	石巻・登米・気仙沼

大動脈瘤及び解離

年間約 1.9 万人が大動脈瘤及び大動脈解離を原因として死亡し、死亡数全体の約 1.3%を占めています。

宮城県では大動脈瘤及び解離で年間 353 人（令和 3 年）が死亡しており、死因全体の約 1.4%を占め、その割合は全国よりもやや高くなっています。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は 1 時間ごとに 1～2%ずつ上昇するといわれています。そのため、急性大動脈解離の予後改善のためには、迅速な診断と治療が重要です。

《図表 4-2-11》
大動脈瘤及び解離の受入れ医療機関（県）



	医療機関名	2次医療圏
①	みやぎ県南中核病院	仙南
②	東北大学病院	仙台
③	仙台厚生病院	仙台
④	東北労災病院	仙台
⑤	JR 仙台病院	仙台
⑥	東北医科薬科大学病院	仙台
⑦	国立病院機構 仙台医療センター	仙台
⑧	仙台オープン病院	仙台
⑨	仙台市立病院	仙台
⑩	医療法人徳洲会仙台徳洲会病院	仙台
⑪	宮城県成人病予防協会附属仙台循環器病センター	仙台
⑫	独立行政法人地域医療機能推進機構仙台病院	仙台
⑬	大崎市民病院	大崎・栗原
⑭	石巻赤十字病院	石巻・登米・気仙沼
⑮	気仙沼市立病院	石巻・登米・気仙沼

出典：宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会と東北大学病院による独自調査
令和 2（2020）年～令和 4（2022）年に A 型大動脈解離手術、B 型大動脈解離手術、未破裂腹部大動脈・腸骨動脈瘤手術のいずれかの実績があった病院

医師数

≪図表4-2-12≫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（県・圏域）

上段：医師数 下段：人口10万人対 (単位：人)	脳神経内科	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	97 (4.2)	110 (4.8)	219 (9.6)	54 (2.4)	53 (2.3)
仙南	6 (3.7)	3 (1.8)	14 (8.5)	0 (0)	1 (0.6)
仙台	75 (4.9)	86 (5.6)	160 (10.4)	48 (3.1)	48 (3.1)
うち仙台市	66 (6.0)	65 (5.9)	138 (12.6)	48 (4.4)	35 (3.2)
うち仙台市以外	9 (2.0)	21 (4.8)	22 (5.0)	0 (0)	13 (2.9)
大崎・栗原	5 (2.0)	11 (4.3)	18 (7.1)	2 (0.8)	2 (0.8)
石巻・登米・気仙沼	11 (3.3)	10 (3.0)	27 (8.2)	4 (1.2)	2 (0.6)
(参考) 全国	5,758 (4.6)	7,349 (5.8)	13,026 (10.3)	3,222 (2.6)	2,903 (2.3)

出典 医師・歯科医師・薬剤師統計（令和2（2020）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130か所、在宅療養支援病院が31か所ありますが、今後の在宅医療の需要増に対応するため訪問診療を実施する医療機関の増加を図る必要があります。

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・回復期から慢性期（在宅医療等）への円滑な移行のため、このような患者を受け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。



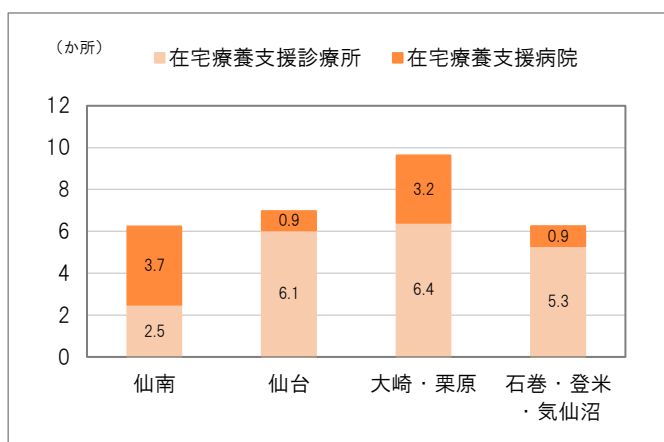
在宅医療の様子（仙台市内の在宅診療所提供）

《図表4-2-13》
在宅療養支援診療所・病院数（県・圏域）
（か所）

	在宅療養支援診療所数	在宅療養支援病院数
宮城県	130	29
仙南	4	5
仙台	93	14
大崎・栗原	16	8
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）
（令和5（2023）年6月1日時点）

《図表4-2-14》
人口10万人対在宅療養支援診療所・病院数（圏域）



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5（2023）年6月1日時点）

（3）循環器病の先端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。



心臓血管外科の手術（東北大学病院提供）



内膜剥離術（東北大学病院提供）

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体制の整備

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、限られた医療資源を集約化し、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送と、血液検査、画像検査による診断、急性期治療が実施される体制の整備を目指します。あわせて、急性期の専門的医療を行う医療機関間の交流・連携を深めることで、脳卒中及び心血管疾患治療の集約化を図り、地域医療全体の均てん化を図ります。



治療の様子（仙台医療センター提供）

(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医療機関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、慢性期を通じて、シームレスな医療が提供できる体制の構築に向け、地域連携クリティカルパス（地域連携パス）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。



訪問診療に関する研修会の様子

地域医療連携クリティカルパス

急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものです。

診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができます。

地域連携パスの例（大崎市民病院のHP から）

(3) 各治療ステージに携わる人材の育成

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。

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、認定看護師等の資格取得への支援に取り組みます。



治療の様子（東北大学病院提供）



医局カンファレンスの様子（東北大学病院提供）

(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、地域の医療連携により多様な症例に対応できるよう急性期から回復期、慢性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の育成と体制の確保に努めます。

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、その体制の確保を目指します。

さらに、「宮城県脳卒中・心臓病等総合支援センター」において地域の医療機関、かかりつけ医を対象とした研修会を開催するなど患者に近い立場の医療従事者の能力向上を図ります。



病棟回診の様子（東北大学病院提供）



リハビリ訓練の様子

第4章 分野ごとの課題と施策

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



IV リハビリテーション等の取組

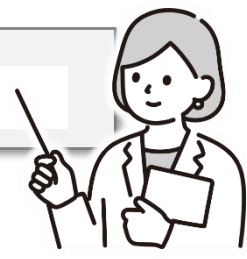
現状と課題

・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



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



1 現状と課題

循環器病の治療においては、社会復帰という観点から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 101 施設あり、そのうち 88 は有床施設です。

脳卒中患者に対するリハビリテーション実施件数は 15,954 件に及びます※。

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。

回復期・生活期は、生活機能の維持及び向上を目的とした医療や介護、福祉サービスとともに、リハビリテーションを各医療圏単位で充実させていく必要があります。

心大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。

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の多くは、仙台医療圏に集中しています。

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・再入院の予防が重要です。そのため、急性期から社会参加を見据えたりリハビリテーション、地域の社会資源の活用を含めた体制の強化・充実が必要です。

※ 出典 令和3年度 NDB データ（レセプト件数）

《図表4-2-15》各リハビリテーション料を届け出ている医療機関数（県・圏域）

医療圏	脳血管疾患リハビリテーション料（分類は下記）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（分類は下記）を届け出ている医療機関数		
	I	II	III	計	I	II	計
宮城県	44	24	33	101	19	2	21
仙南	2	4	1	7	1	0	1
仙台	32	13	19	64	12	1	13
大崎・栗原	3	6	7	16	2	1	3
石巻・登米・気仙沼	7	1	6	14	4	0	4

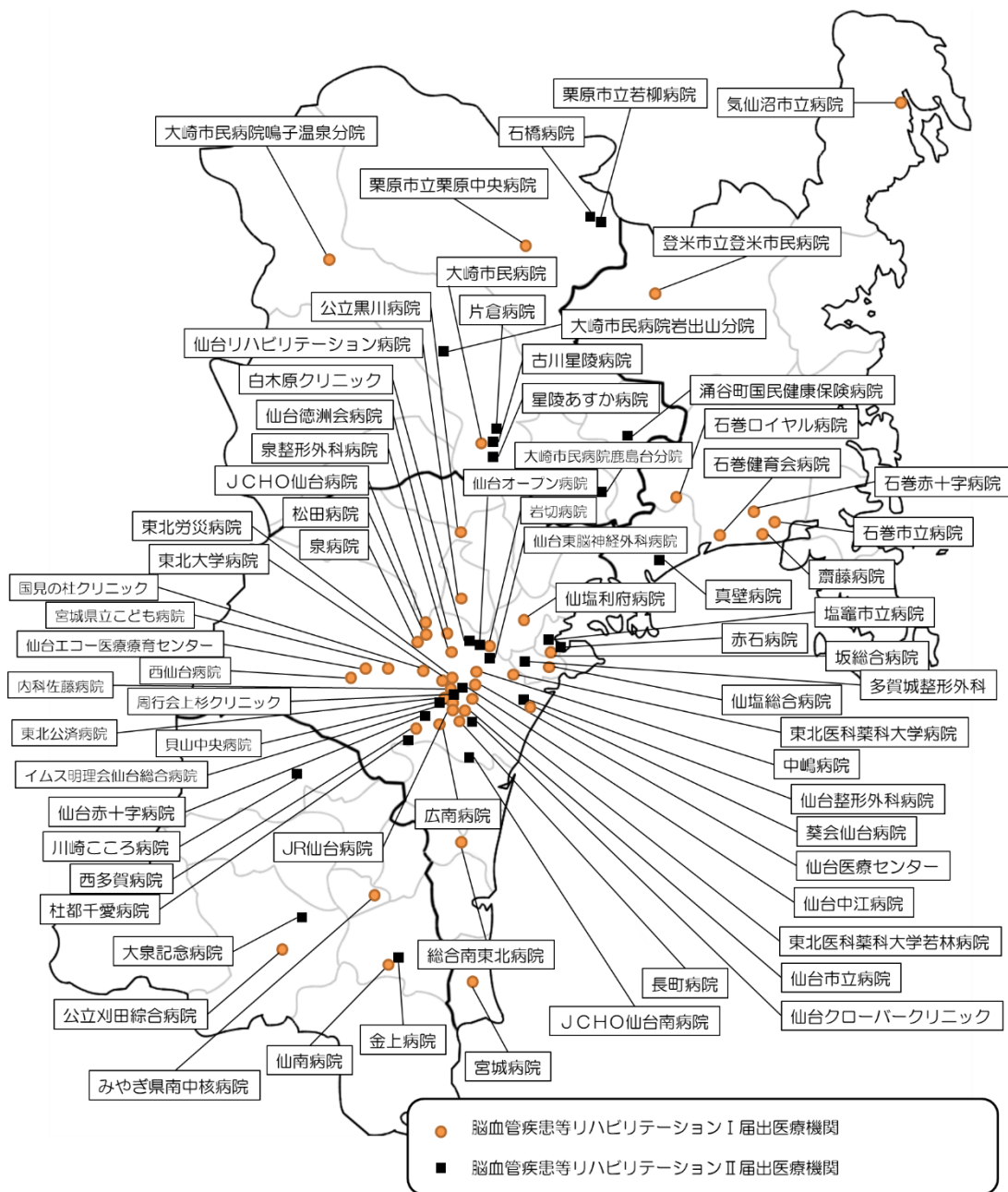
出典 施設基準の届出受理状況（令和5（2023）年6月1日現在）（東北厚生局）

《図表4-2-16》回復期リハ病棟関係の施設基準を届け出ている医療機関数（県・圏域）

医療圏	診療報酬施設基準「有」リハビリテーション関係	回復期リハ病棟数	回復期リハ病床数	回復期リハ病棟入院料1	回復期リハ病棟入院料2	回復期リハ病棟入院料3	回復期リハ病棟入院料4	回復期リハ病棟入院料5	回復期リハ病棟入院料6
				宮城県	93	23	1089	15	2
仙南	8	2	85	0	0	1	1	0	0
仙台	57	16	762	11	1	0	0	3	1
大崎・栗原	17	0	0	0	0	0	0	0	0
石巻・登米・気仙沼	11	5	242	4	1	0	0	0	0

出典 東北厚生局「届出受理医療機関名簿（令和4年8月1日）」をもとに作成

《図表4-2-17》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（県）



出典 施設基準の届出受理状況（令和5（2023）年6月1日現在）（東北厚生局）

2 施策の方向性

回復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十分ではない医療圏を中心として、生活期へ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・二次障害の予防が可能な体制を目指します。

また生活期に進んだ患者が、在宅医療及び介護、福祉の多職種連携の元、リハビリテーションを含めた必要な支援を住み慣れた地域で十分に受けることができる体制を目指します。



リハビリテーションの様子

《図表4-2-19》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（県）

	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

第4章 分野ごとの課題と施策



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

V 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当事者へは、日常生活における配慮や支援が必要となります。

とりわけ、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当事者は、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、円滑な支援につながりにくい場合もあります。

後遺症を有する当事者への支援として、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。



リハビリテーションの様子

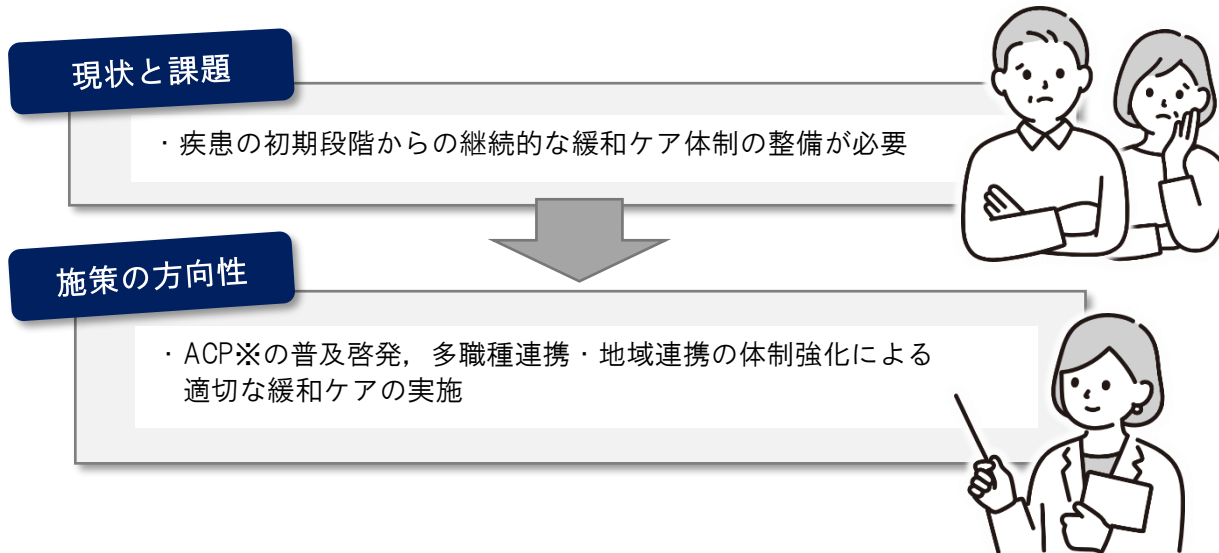
2 施策の方向性

循環器病により後遺症を有する当事者が、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。

第4章 分野ごとの課題と施策

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

VI 循環器病の緩和ケア



1 現状と課題

平成 26 (2014) 年の世界保健機関 (WHO) 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、その御家族や近い人、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)

第4章 分野ごとの課題と施策

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

Ⅶ 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

・ケアマネジメント機能強化、多職種連携の推進



1 現状と課題

循環器病患者は、再発と増悪等を繰り返す特徴があることから、その予防のための生活習慣の改善及び服薬の徹底等、適切な管理及びケアを行うことが必要です。また、必要に応じて介護保険制度及び障害福祉制度、医療制度が連携を行うことも重要となっています。

そのため、循環器病患者が、急性期から回復期、慢性期まで切れ間なく医療を受けられるような在宅医療の体制整備や、医療サービスと介護・福祉サービス等の必要な支援が一貫して受けられるような体制の整備が求められています。



リハビリテーションの様子

2 施策の方向性

法定研修の実施や、介護支援専門員相互の相談・支援体制の整備を圏域ごとに推進し、介護支援専門員のケアマネジメント機能強化を支援するとともに、医療職や介護職、リハビリテーション専門職等の関係職種を対象とした事例検討会や研修会等を実施し、多職種間での情報共有や連携体制構築の推進に努めます。

第4章 分野ごとの課題と施策

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

Ⅷ 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21%、心疾患患者の23%が就労世代であり、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」を活用した「トライアングル型サポート体制」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21%（約5千人）、心疾患の患者の約23%（約1万2千人）が20歳～64歳となっております。

「事業場における治療と仕事の両立支援ガイドライン」（厚生労働省）では、「一般に、脳卒中というと手足の麻痺や言語障害などの大きな障害が残るというイメージがあるが、就労世代などの若い患者においては、約7割がほぼ介助を必要しない状態まで回復するため、脳卒中の発症直後からのリハビリテーションを含む適切な治療により、職場復帰（復職）することが可能な場合も少なくない」とあります。

また、心疾患については、「日常生活に復帰できるまでの期間や日常生活への影響は、治療法や心機能等によって様々である」とあり、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（2017）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、宮城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。

さらに、「宮城県脳卒中・心臓病等総合支援センター」においても循環器病患者・家族等の相談支援窓口として、就労支援等の他の専門機関の紹介を行っていきます。

【両立支援コーディネーター】

両立支援コーディネーターとは、治療と仕事の両立に向けて、支援対象者、主治医、会社・産業医などのコミュニケーションが円滑に行われるよう支援する者とされています。

支援対象者が治療と仕事を両立できるよう、それぞれの立場に応じた支援の実施及び両立支援に関わる関係者との調整を行うことがその役割として求められています。

労働者健康安全機構が開催する基礎研修を受講する必要がありますが、宮城県では令和5年3月現在546名が受講済です。

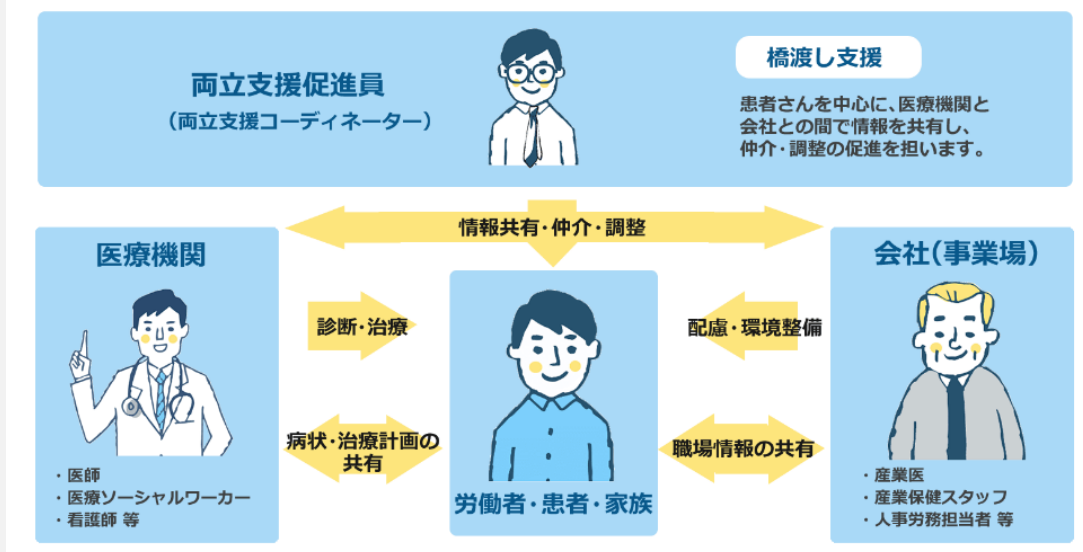
宮城産業保健総合支援センターとは

事業者や産業保健スタッフ等を対象に、産業保健関係者からの専門的な相談対応、産業保健関係者への専門的研修等の実施、治療と仕事の両立支援（①相談対応、②普及促進のための個別訪問支援、③事業場と患者（労働者）との間の個別調整支援、④啓発セミナー）メンタルヘルス対策支援、産業保健に関する情報提供等を行っています。

【治療と仕事の両立支援に係る相談支援】

両立支援に関する事業者、人事労務担当者、産業保健スタッフ及び循環器病等患者などからの両立支援に関する相談に、面談（要予約）や電話、メール等により対応します。

宮城産業保健総合支援センターの両立支援体制

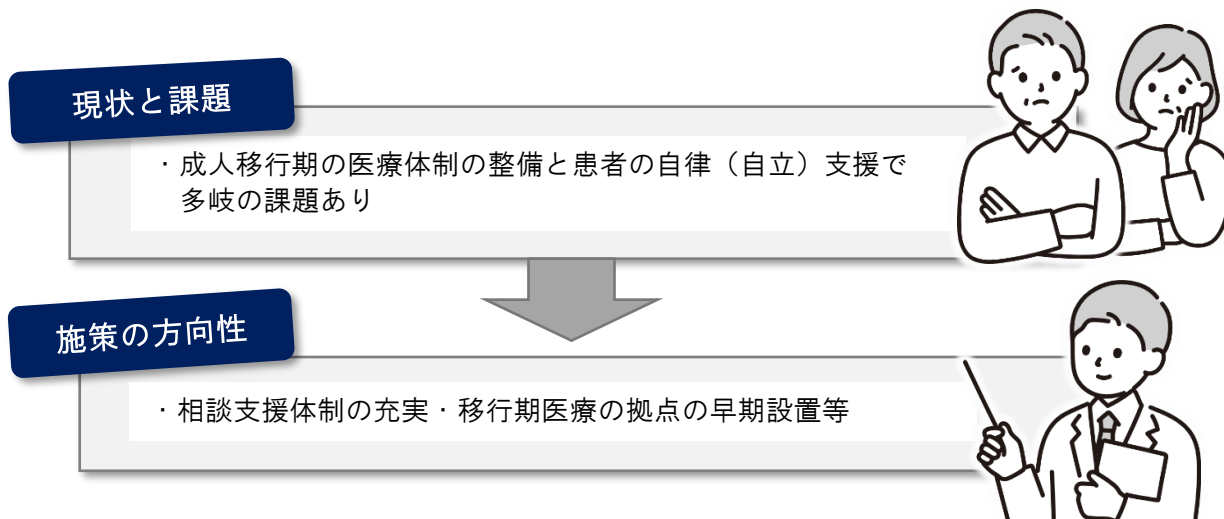


(宮城産業保健総合支援センターのホームページから)

第4章 分野ごとの課題と施策

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

Ⅸ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策



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たち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成人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、成人移行期は、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、成人移行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、

これらの診療科・医療機関間の調整等を行うなど、成人移行支援の拠点的役割を担う機関（成人移行支援センター）の早期の設置・運営を目指します。

また、成人移行支援に関する医療従事者向けガイドを提供し、医療従事者が活用できるよう普及に努めます。

（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成人移行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、成人移行支援の拠点的役割を担う機関（成人移行支援センター）では、小児慢性特定疾病等の患者及び家族や、自律（自立）支援を行う診療科・医療機関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。

小慢さぼーとせんたー



（小慢さぼーとせんたーのホームページから）

小慢さぼーとせんたーは、宮城県内で生活する小児慢性特定疾病をお持ちの方やそのご家族等からの療養上、日常生活上での悩みや不安などに対する相談・支援を行っています。

県と仙台市の委託事業として東北大学病院内に設置されています。

【事業概要】

1 相談支援

電話、面接等により、療養上、日常生活上での悩みや不安への相談・支援、患者会の情報や各種公的制度の手続き等に関する情報提供等を行います。

2 講演会・交流会・研修会の開催

医療従事者等を講師に、小児慢性特定疾病児童等を対象とした講演会・交流会を開催します。また、医療従事者等を講師に、医療従事者や教育機関関係者、福祉サービス事業者等の小慢児等の支援者を対象とした研修会を開催します。

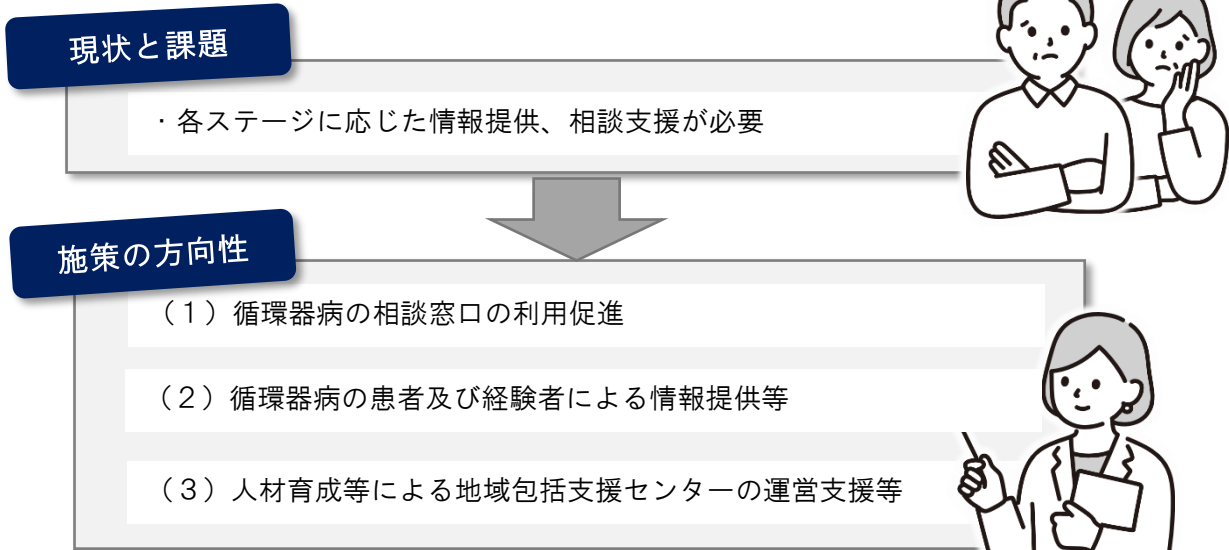
3 情報提供

ホームページ、リーフレット等により、患者・家族団体、関係機関等へ情報を発信します。

第4章 分野ごとの課題と施策

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

X 患者等への適切な情報提供・相談支援



1 現状と課題

患者等が必要とする情報や相談支援については、急性期における医療機関受診に関することから、慢性期における医療及び介護、福祉サービスに関することまで多岐にわたります。

急性期においては、患者が意識障害を呈していることも多く、治療のため時間的制約があることから、患者自らが情報にアクセスすることが困難な場合もあります。また、生活期に相談できる窓口が少ない状況にあります。そのような中で、患者とその家族が、地域において医療及び介護、福祉サービスに係る必要な情報にアクセスでき、各ステージに応じた課題の解決につながるような取組を進めることが求められています。

2 施策の方向性

(1) 循環器病の相談窓口の利用促進

県内の循環器病患者や家族を対象とした包括的かつ総合的な支援体制を構築するため、令和4（2022）年度から、循環器病に関する情報提供及び相談支援や地域の医療機関の診療及び患者支援機能向上の地域の中心的な役割を担う「脳卒中・心臓病等総合支援センター」が東北大学病院内に設置されました。

宮城県脳卒中・心臓病等総合支援センターを設置した医療機関に限らず、他の医療機関が利用できるとともに、必要な時に繰り返し利用を促すなど、宮城県脳卒中・心臓病等総合支援センターの利用促進に努めます。



(2) 循環器病の患者・経験者の情報提供

患者会は、同じ病気や障害をもつ患者さん本人やその家族が集まった団体です。患者会に参加することで、お互いの悩みや就学・就職の経験などを共有したり、治療や社会保障についてなどの情報を交換したりすることができます。

宮城県脳卒中・心臓病等総合支援センターは、県内に拠点を置く患者会と連携して、情報提供体制の拡充を図ります。

また、循環器病の患者・経験者が県が開催する各会議の一員として循環器病に関する計画策定に参画できる仕組みを推進します。



患者等による情報交換（各患者会提供）

(3) 人材育成等による地域包括支援センターの運営支援等

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。

第4章 分野ごとの課題と施策

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

XI 宮城県脳卒中・心臓病等総合支援センター

循環器病に関する情報提供及び相談支援の地域における核となり中心的な役割を担う医療機関として東北大学病院が運営しています。

令和4（2022）年度は国のモデル事業として全国12の医療機関の一つとして選定されました。令和5（2023）年度以降は、県が実施主体として継続設置しています。

今後は、市町村と連携し、住民を対象とした情報提供、普及啓発を推進します。

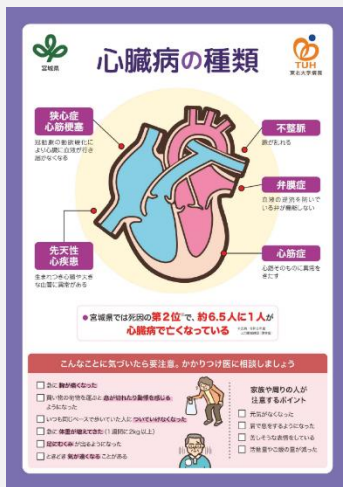
引き続き、循環器病患者・家族等の相談支援窓口の設置、地域住民を対象とした情報提供、普及啓発、地域の医療機関、かかりつけ医を対象とした研修会、リーフレット等の普及啓発資材の開発を行っており、県民からの相談や情報提供、普及啓発に取り組み、循環器病の理解促進に努めます。



相談窓口



県民公開講座の開催



リーフレット等の普及啓発資材の開発

第4章 分野ごとの課題と施策

第3節 循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備



現状と課題

- ・ 循環器病の実態を正確かつ詳細に把握することが困難



施策の方向性

- ・ 宮城県脳卒中発症登録及び急性心筋梗塞調査報告書による診療情報の収集



1 現状と課題

循環器病は、患者数が膨大な数に及ぶことや、発症から数十年間の経過の中で病状が多様に変化すること等から、実態を正確かつ詳細に把握することが困難であるとされています。

他方で、循環器病の罹患状況や診療内容について、データを収集し、データに基づく評価を実施することは、科学的根拠に基づいた政策を立案し循環器病対策を効果的に推進する点からも重要です。

罹患状況や診療内容のデータ収集を行うに当たり国では診療情報を収集・活用する公的な枠組みの構築が進められていますが、本県では県全体の発症状況の動向を把握するため、脳卒中のデータ収集については、平成19（2007）年から宮城県対脳卒中協会、心筋梗塞のデータ収集については、昭和54（1979）年から宮城県心筋梗塞対策協議会で取り組まれています。

特に、働き盛り世代での発症は個々の生活の質や家族への影響、また社会的損失が大きいことから、重点的に取り組む必要があります。

宮城県脳卒中発症登録 2021年

公益財団法人宮城県対脳卒中協会

みやぎ県南中核病院 脳卒中センター長・脳神経外科主任部長

井上敬

急性心筋梗塞調査報告書

—令和3年分—
(第43刷)

宮城県心筋梗塞対策協議会

2022年10月

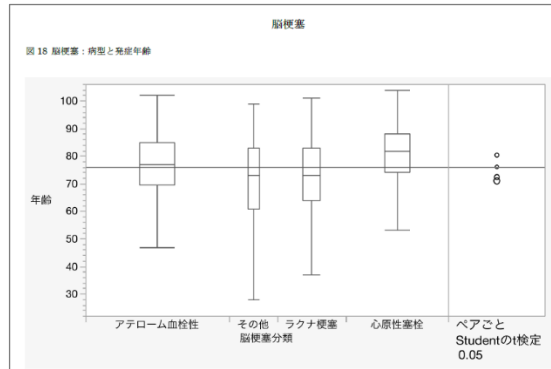
2 施策の方向性

宮城県脳卒中発症登録及び急性心筋梗塞調査報告書による診療情報の収集

宮城県脳卒中発症登録事業及び宮城県心疾患登録管理事業による発症登録情報の集計・分析、有効なデータ活用方法の更なる検討を通じて、県内の循環器病発症の特徴等を把握し、循環器病対策の施策検討、取組の評価等を推進します。

また、保健・医療・福祉に関する基本的な情報を収集し、県ホームページの内容を充実すること等により、ニーズに合わせた情報を分かりやすく提供します。

なお、循環器病の診療情報の収集として、宮城県脳卒中発症登録及び急性心筋梗塞調査報告書を循環器病対策の策定評価に資すものとして位置付けます。



脳梗塞データ一部（宮城県脳卒中発症登録）

《図表4-3-1》宮城県脳卒中発症登録及び急性心筋梗塞調査報告書による診療情報の収集内容

	宮城県脳卒中発症登録	急性心筋梗塞調査報告書
医療機関数	17 医療機関	45 医療機関
主な診療情報	参加施設別症例登録数	病院別患者数
	市町村別発症登録数年次推移	年代ごとの男女別患者数
	登録施設と登録病型	発症から入院までの期間
	市町村別病型	発症から6時間以内に入院した患者数
	市町村別登録施設（治療施設）	入院時刻別患者数
	施設・症例の医療圏別症例数	発症時刻別患者数
	病型別発症登録数推移	救急車の利用状況と入院経路
	性別疾患構成の経年変化	年代ごとの責任血管別患者数
	くも膜下出血：退院時 ADL に及ぼす因子の多変量解析	生死別在院日数
	脳内出血：退院時 ADL に及ぼす因子の多変量解析	病院別在院日数
	脳梗塞：退院時転帰に及ぼす因子の多変量解析結果	リスクファクター別患者数
	ほか	年代別死亡数
		発症からの時間経過
		発症から再灌流までの期間
		年代ごとの男女別死亡数
	責任血管ごとの生死別患者数	
	発症から心死亡までの期間	
	死亡例と致命率	

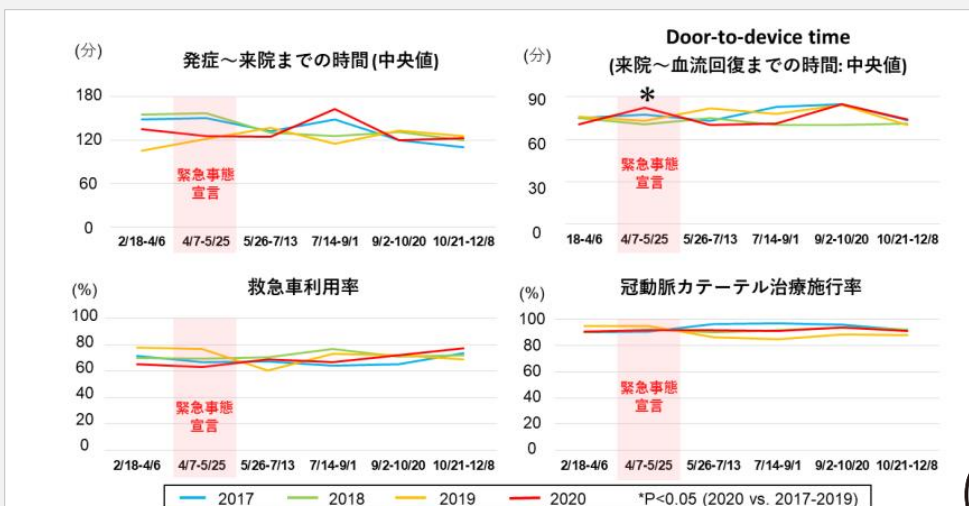
コロナ禍でも救急医療体制は最低限維持されていた
 - 新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言下での急性心筋梗塞救急医療 -

新型コロナウイルス感染症の流行が、急性心筋梗塞を含めた救急医療体制に影響を及ぼしたことが世界中で報告されている中、東北大学大学院医学系研究科循環器内科学分野の安田聡教授らの研究グループは、新型コロナウイルス感染症による1回目の緊急事態宣言下の2020年4月7日から5月25日において、「宮城県心筋梗塞登録研究」(県下45施設参加)のデータを用いて、急激な感染拡大の救急医療体制への影響を詳細に検討しました。

その結果、来院から閉塞血管の血流回復までに要した時間(Door-to-device time)は過去3年間と比較して延長していましたが、より重症な、心不全を合併した患者では変わらなかったことを明らかにしました。さらに、救急車利用率や冠動脈カテーテル治療の施行率も低下しておらず、院内死亡率も同等であったことから、救急医療体制は影響を受けたものの最低限維持されたと考えられました。

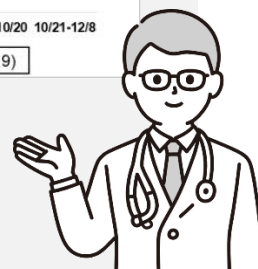
新型コロナウイルス感染症の流行による日本の急性心筋梗塞救急医療体制への影響を多施設大規模研究で検討した初めての研究として注目されています。

本研究は、研究成果は2022年9月16日に、IJC heart and vasculature誌にオンライン掲載されました。



過去3年間(2017年～2019年)と比較した、新型コロナウイルス感染症による緊急事態宣言下(2020年4月7日～5月25日)での急性心筋梗塞の救急医療

(東北大学病院のホームページから)





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。

循環器病に関する知識の普及啓発等により、循環器病患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備への理解を図るとともに、相談支援や情報提供を行うことにより、全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会の実現を目指して、県民と共に取り組めます。



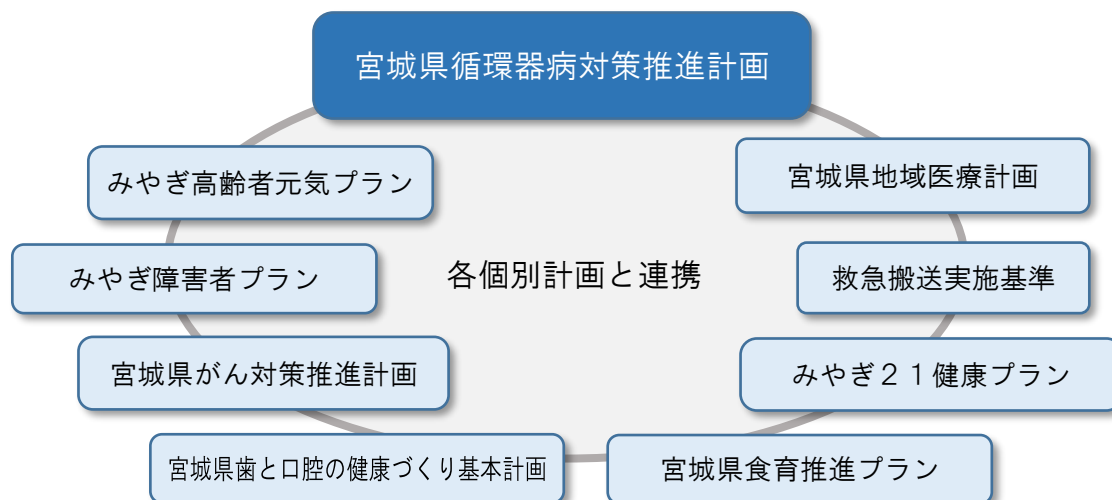
循環器病に関する患者会による総会及び研修会

2 他の疾患等に係る対策との連携

循環器病は合併症・併発症も多く、病態は多岐にわたるため、他の疾患等に係る対策と重なる部分があります。

例えば、「第8次宮城県地域医療計画」においては、「主要な疾病・事業ごとの医療提供体制の確保」のうち「脳卒中」と「心筋梗塞等の心血管疾患」の項目とは一体的に策定しています。また、「第3次みやぎ21健康プラン」においては、「取組分野」のうち「生活習慣病の発症予防と重症化予防（循環器疾患）」と連携して取り組みます。

同様に「宮城県がん対策推進計画」「宮城県歯と口腔の健康づくり基本計画」「宮城県食育推進プラン」「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」などの関連施策と連携して取り組みます。



3 感染症拡大や災害等の有事を見据えた対策

新型インフルエンザや新型コロナウイルス感染症等の新興・再興感染症の発生に備え、新型コロナウイルス感染症の対応を念頭に、まずは当該対応での最大規模の体制を目指します。また、関係機関との連携強化に努め、感染症情報を収集・分析して、県民や保健医療関係者等に提供します。



宮城県新型コロナウイルス感染症対応病院長等会議

大規模災害発生時においても、関係機関の連携により、必要な医療が提供される体制を構築します。

(1) 新興感染症発生・まん延時

新興感染症が発生した際に、速やかに外来診療、入院、自宅療養者等への医療等が提供できるよう、宮城県医療審議会や宮城県感染症連携協議会等を活用し、関係者や関係機関と協議の上、平時から計画的な準備を行います。

新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に新興感染症の入院を担当する医療機関や発熱外来、自宅療養者等への医療の提供を担当する医療機関、薬局等と平時に医療措置協定を締結し、第一種協定指定医療機関及び第二種協定指定医療機関に指定します。また指定状況については、宮城県ホームページで公表します。

新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間前においては、第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応します。

県は、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に第一種（第二種）協定指定医療機関に代わって患者を受け入れる医療機関又は感染症医療担当従事者等を派遣する医療機関と平時に医療措置協定を締結するとともに、回復した患者の退院先となる介護老人保健施設等の高齢者施設等とも連携した上で、後方支援体制を整備します。また、医療人材の応援体制を整備するとともに、都道府県の区域を越えた医療人材の応援を要請する場合の方針について、平時から確認しておきます。

新興感染症の発生及びまん延に備え、医療措置協定を締結するに当たっては、新型コロナウイルス感染症における医療提供体制を参考とし、県単位で必要な医療提供体制を確保することを基本としつつ、重症者用の病床の確保も行うとともに、各地域の実情に応じて、特に配慮が必要な患者、感染症以外の患者への対応を含めて切れ目のない医療提供体制の整備を図ります。



介護・障害者施設等への医療人材の派遣

第一種感染症指定医療機関
東北大学病院
第二種感染症指定医療機関
みやぎ県南中核病院
仙台市立病院
大崎市民病院
栗原市立栗原中央病院
石巻赤十字病院
気仙沼市立病院

指定状況（令和5年10月1日現在）

(2) 大規模災害発生時

大規模災害時における医療救護活動の標準的な活動指針として作成した大規模災害時医療救護活動マニュアルに基づき、平時から訓練を実施するほか、会議等を通じて、関係機関の連携強化に取り組んでいきます。

大規模災害時には、保健医療福祉調整本部及び地域保健医療福祉調整本部を設置し、有効な通信・人員・場所・資機材を確保するとともに、関係機関と連携し、被災者へ必要な医療が提供される体制を構築していきます。

また、循環器医療に係る保健医療活動の総合調整については、必要に応じて県災害医療コーディネーターをサポートする災害時循環器リエゾンの任命を検討します。



大規模災害時医療救護活動マニュアル

県では、大規模災害時における医療救護活動の標準的な活動指針として、大規模災害時医療救護活動マニュアルを作成しています。

マニュアルには、災害発生直後の超急性期、急性期から避難所等での対応に重点が置かれる亜急性期、慢性期にわたって行われる医療救護活動について定めています。



保健医療福祉調整本部

災害対策本部が設置された場合、災害対策本部の下に保健医療福祉活動の総合調整を行う保健医療福祉調整本部を設置します。

保健医療福祉調整本部には、県災害医療コーディネーターを配置するほか、宮城DMA調整本部、日赤救護班活動調整本部、医療救護班活動調整本部、宮城DPAT調整本部及び県災害薬事コーディネーター等を配置して各保健医療活動チームの派遣調整等を行います。



訓練の様子（県庁）

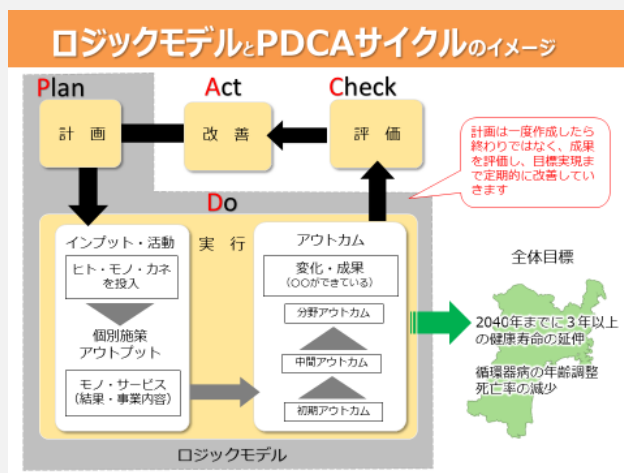
4 循環器病対策の進捗状況の把握及び評価等、ロジックモデル・指標一覧

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。

また、本計画の進行管理に当たっては、毎年進捗状況等の確認を行うとともに、その結果については、有識者から意見を求める会議等を開催し報告します。

※ ロジックモデルとは



ロジックモデルとは

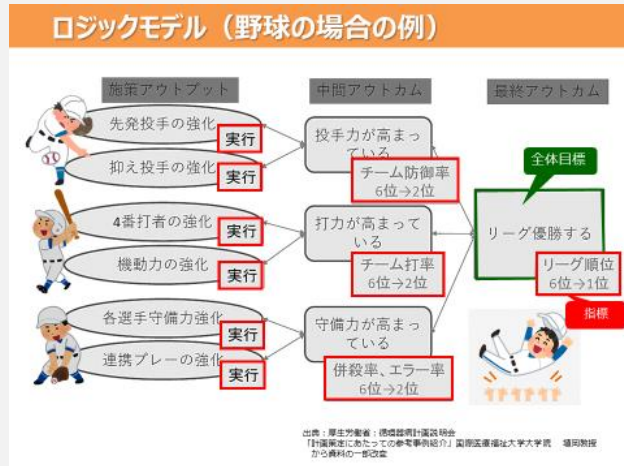
簡単に言えば、事業の設計図のようなものです。さらに、平たく言えば「何のために、何をする」「何をすることで、何をもちたするか」を示している図ともいえます。

「アウトプット」とは各事業の内容や結果のことで、「アウトカム」とは、変化や成果のことをいいます。

PDCAサイクルの図でいえば、ロジックモデルは、「P:計画」と「D:実行」の部分に該当します。

ロジックモデルのメリット

目標達成のために、どこが弱く、どこを強化したらよいか、数値で評価できることと、各事業の関連性が、わかりやすくなるのが最大のメリットです。

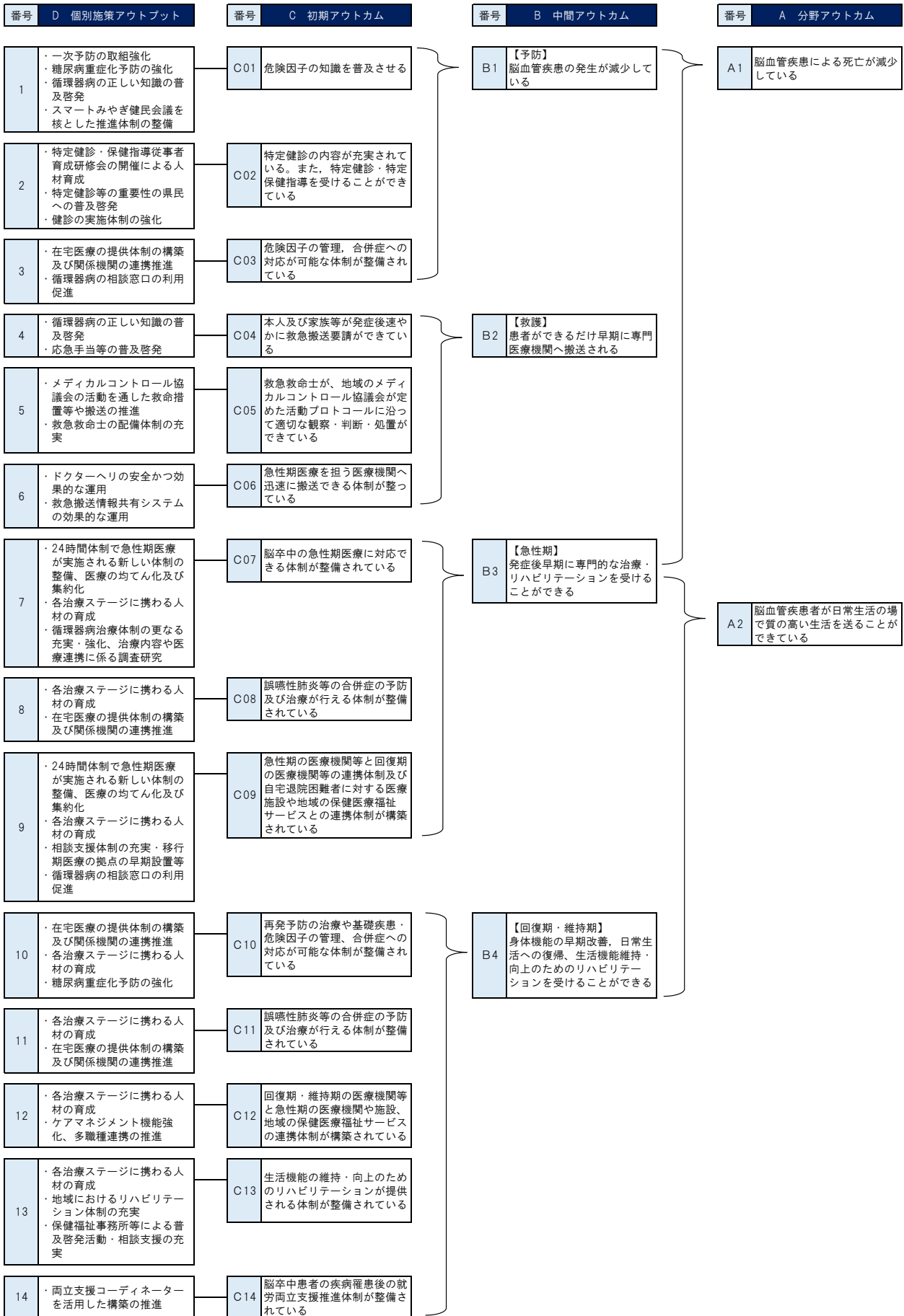


【野球を例に説明すると】

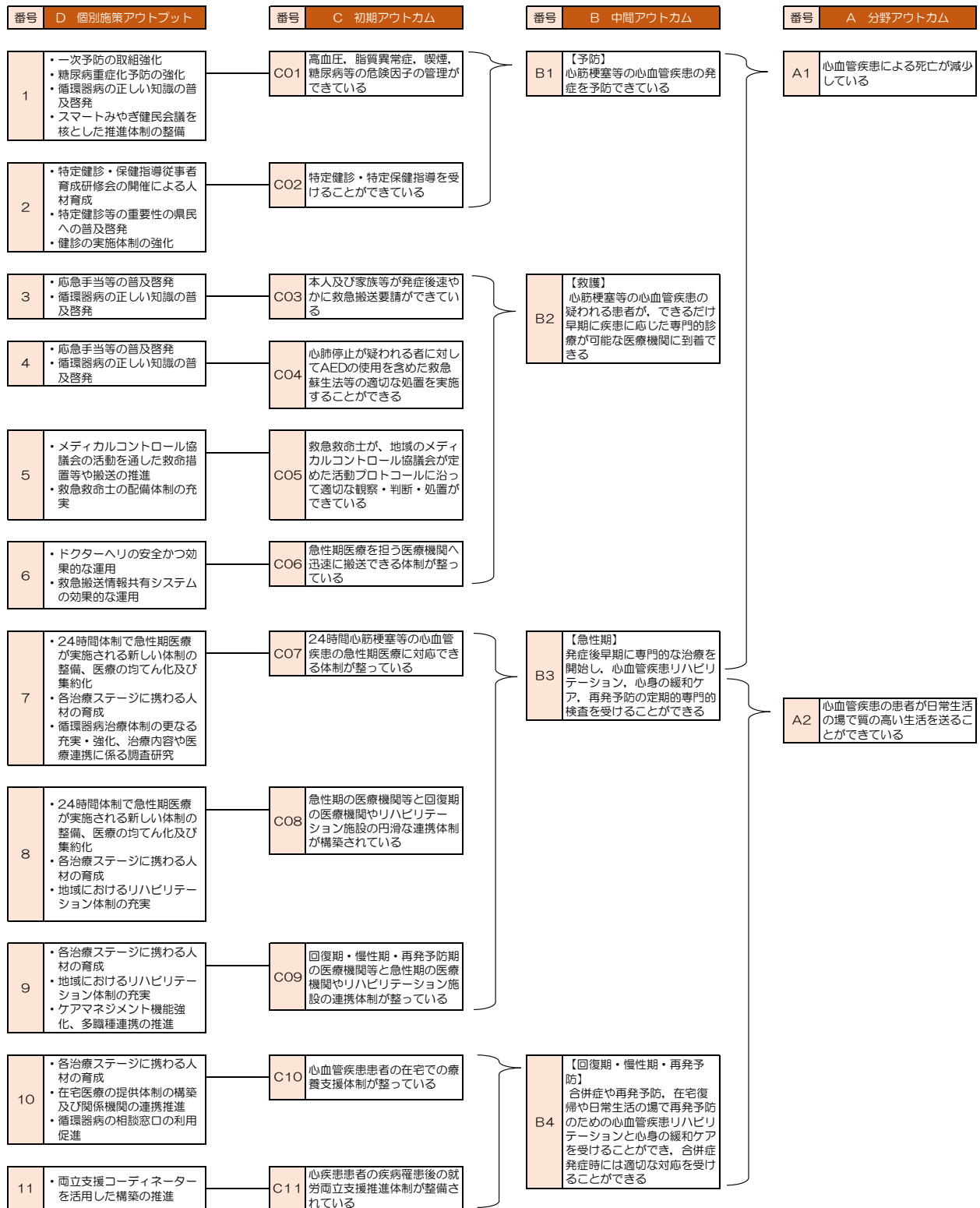
例えば、県野球計画というものがあつたとすれば、最終目標は「優勝」となります。ロジックモデルは、優勝するためには、何をすればいいのか順を追って図式化したものですので、投手力、打力、守備力それぞれを高めるといことが、中間アウトカムに該当します。

さらに、投手力を高めるためには、先発投手や抑えの投手の強化、補強が必要となります。ここは、モノやカネを投資するアウトプットに該当します。

脳血管疾患ロジックモデル



心血管疾患ロジックモデル



指標一覧（脳血管疾患）

番号	指 標（脳血管疾患）	現況（年（度））		目標値 （2029年度末）
A101	脳血管疾患の年齢調整死亡率（男性）	111.5	令和3年	減少かつ全国値より低い
	脳血管疾患の年齢調整死亡率（女性）	70.4	令和3年	減少かつ全国値より低い
A102	脳卒中標準化死亡比（脳出血）（男性）	126.5	平成25年～平成29年	減少かつ全国値より低い
	脳卒中標準化死亡比（脳出血）（女性）	129.7	平成25年～平成29年	減少かつ全国値より低い
	脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）（男性）	108.9	平成25年～平成29年	減少かつ全国値より低い
	脳卒中標準化死亡比（脳梗塞）（女性）	111.8	平成25年～平成29年	減少かつ全国値より低い
	脳卒中標準化死亡比（全体）（男性）	114.3	平成25年～平成29年	減少かつ全国値より低い
	脳卒中標準化死亡比（全体）（女性）	115.3	平成25年～平成29年	減少かつ全国値より低い
A103	健康寿命（男性）	72.90年	令和元年	74.00年
	健康寿命（女性）	75.10年	令和元年	76.04年
A201	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	50.3%	令和2年	増加かつ全国値より高い
A202	健康寿命と平均寿命の差（男性）	8.72	令和元年	減少かつ全国値より小さい
	健康寿命と平均寿命の差（女性）	12.56	令和元年	減少かつ全国値より小さい
B101	脳血管疾患の受療率（入院）	73人	令和2年	モニタリング指標
	脳血管疾患の受療率（外来）	47人	令和2年	モニタリング指標
B102	脳血管疾患患者数 ※	122.7	令和2年	モニタリング指標
B103	高血圧性疾患患者の受療率（外来） ※	207.1	令和2年	モニタリング指標
B104	脂質異常症患者の受療率（外来） ※	53.4	令和2年	モニタリング指標
B105	脳血管疾患により救急搬送された患者数(千人)	3.7	令和2年	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	44.9分	令和3年	短縮かつ全国値より短い
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）※	14.9	令和3年	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）	92	令和2年	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）※	17.2	令和3年	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）	61.8	令和2年	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3年	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）	126.5	令和2年	モニタリング指標
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（算定回数）※	6.4	令和3年	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）	143.1	令和2年	モニタリング指標
B305	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（算定回数）※	1473.3	令和3年	モニタリング指標
	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（SCR）	62.5	令和2年	モニタリング指標
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（算定回数）※	70784.8	令和2年	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）	82.5	令和2年	モニタリング指標
B307	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）※	39.6	令和2年	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）	59.3	令和2年	モニタリング指標
B308	脳血管疾患の退院患者平均在院日数	66.3	令和2年	モニタリング指標
B401	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（算定回数）※	1473.3	令和3年	モニタリング指標
	脳卒中患者に対する嚥下訓練の実施件数（SCR）	62.5	令和2年	モニタリング指標
B402	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）※	54455.3	令和3年	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）	72.3	令和2年	モニタリング指標
B403	訪問リハビリを提供している事業者数 ※	2.2	令和3年度	増加かつ全国値より多い
B404	通所リハビリを提供している事業者数 ※	5.4	令和3年度	増加かつ全国値より多い
B405	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）	39.6	令和2年	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）（再掲）	59.3	令和2年	モニタリング指標

番号	指 標 (脳血管疾患)	現況 (年 (度))		目標値 (2029 年度末)
C0101	喫煙率 (男性)	33.2%	令和元年	20%
		32.5%	令和4年	令和17(2035)年
C0102	喫煙率 (女性)	9.7%	令和元年	4%
		9.1%	令和4年	令和17(2035)年
C0103	ハイリスク飲酒者の割合 (男性)	17.4%	令和4年	15%
				令和17(2035)年
C0104	ハイリスク飲酒者の割合 (女性)	9.1%	令和4年	8.5%
				令和17(2035)年
C0105	特定健診受診率	61.7%	令和3年度	70%
C0106	特定保健指導実施率	25.1%	令和3年度	45%
C0107	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・予備群者割合	32.2%	令和3年度	23%
C0108	糖尿病患者の年齢調整死亡率 (男性)	4.7	令和2年度	減少かつ全国値より低い
				令和17(2035)年
C0109	糖尿病患者の年齢調整死亡率 (女性)	1.9	令和2年度	減少かつ全国値より低い
				令和17(2035)年
C0110	塩分摂取量 (男性)	10.3 g	令和4年	7.5g
				令和17(2035)年
C0111	塩分摂取量 (女性)	9.4 g	令和4年	6.5g
				令和17(2035)年
C0112	1日の歩数の増加 (20~64歳男性)	7,263 歩	令和4年	8,000 歩以上
				令和17(2035)年
	1日の歩数の増加 (20~64歳女性)	6,413 歩	令和4年	8,000 歩以上
				令和17(2035)年
C0113	1日の歩数の増加 (65歳以上男性)	4,402 歩	令和4年	6,000 歩以上
				令和17(2035)年
C0114	1日の歩数の増加 (65歳以上女性)	5,018 歩	令和4年	6,000 歩以上
				令和17(2035)年
C0115	みやぎヘルスサテライトステーション登録施設数	149	令和4年	増加
C0116	禁煙外来を行っている医療機関数	12.4	令和2年	モニタリング指標
C0117	ニコチン依存管理料を算定する患者数 ※	276.2	令和2年度	モニタリング指標
C0201	特定健診の追加健診で心電図検査を行う市町村数	13	令和4年度	増加
C0202	特定健診未受診者へ受診勧奨を実施している市町村数	30	令和4年度	増加
C0203	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	22	令和4年度	増加
C0204	みやぎヘルスサテライトステーション登録施設数 (再掲)	149	令和4年	増加
C0301	訪問看護ステーションの従業者数	1,447 人	令和3年	増加
C0302	訪問薬剤指導を実施する薬局 (医療) の割合	77.1%	令和5年3月	増加
C0401	普通・上級救命講習人口1万人あたりの受講者数	66.8	令和3年	増加かつ全国値より多い
C0501	救急隊の救急救命士運用率 (常時同乗している割合)	92.1	令和3年	100%
C0601	脳卒中疑いの患者に対して腫瘍動脈閉鎖を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部数	—	—	モニタリング指標
C0602	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数	43	令和2年度	増加
C0603	ドクターヘリの要請件数	417	令和3年度	モニタリング指標
C0701	脳神経内科医師数 ※	4.2	令和2年	モニタリング指標
C0702	脳神経外科医師数 ※	6.7	令和2年	モニタリング指標
C0703	脳卒中の専用病室を有する病院数 ※	0.1	令和2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	令和2年	モニタリング指標
C0704	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 ※	0.5	令和3年3月	モニタリング指標
C0705	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 ※	0.5	令和3年	モニタリング指標
C0801	口腔機能管理を受ける患者数 ※	455.0	令和2年	モニタリング指標
C0802	歯周病専門医が在籍する医療機関数	12	令和4年12月	増加

番号	指 標 (脳血管疾患)	現況 (年(度))		目標値 (2029年度末)
C0802	歯周病専門医が在籍する医療機関数	12	令和4年12月	増加
C0901	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	74	令和2年	モニタリング指標
C0902	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 ※	10.9	令和3年	モニタリング指標
C0903	脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	2	令和4年	モニタリング指標
C1001	脳卒中看護分野の認定看護師数 ※	0.4	令和2年12月	増加かつ全国値 より多い
C1002	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数	10	令和4年12月	増加
C1101	口腔機能管理を受ける患者数(再掲) ※	455.0	令和2年	モニタリング指標
C1102	歯周病専門医が在籍する医療機関数(再掲)	12	令和4年12月	増加
C1103	脳卒中による入院と同月に摂食機能療法を実施された患者数 (算定回数)	20220	令和3年	モニタリング指標
	脳卒中による入院と同月に摂食機能療法を実施された患者数 (レセプト件数)	1708	令和3年	モニタリング指標
C1103	訪問歯科衛生指導を受ける患者数 ※	3,750.4	令和2年	モニタリング指標
C1201	病院に勤務する医療ソーシャルワーカー数 ※	10.0	令和2年	モニタリング指標
C1202	退院支援担当者を配置している診療所・病院数(再掲)	74	令和2年	モニタリング指標
C1203	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数(算定件数)	112	令和3年	モニタリング指標
	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数(レセプト件数)	12	令和3年	モニタリング指標
C1301	脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数	4.5	令和3年3月	増加かつ全国値 より多い
	脳血管疾患等リハビリテーション科(I)算定医療機関数	42	令和3年	増加かつ全国値 より多い
	脳血管疾患等リハビリテーション科(II)算定医療機関数	26	令和3年	増加かつ全国値 より多い
	脳血管疾患等リハビリテーション科(III)算定医療機関数	17	令和3年	増加かつ全国値 より多い
C1302	リハビリテーション科医師数	53	令和2年	増加
C1303	理学療法士の人数(常勤換算)	1298.4	令和2年	増加
C1304	作業療法士の人数(常勤換算)	788.4	令和2年	増加
C1305	言語聴覚士の人数(常勤換算)	273.8	令和2年	増加
C1304	リハビリテーション相談件数	194	令和4年度	増加
C1401	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数(算定回数)	0	令和3年	増加
	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数(レセプト件数)	0	令和3年	増加
C1402	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数 ※	23.7	令和4年	増加かつ全国値 より多い

※ 人口10万対

注1) 目標値のうち「令和17(2035)年」と記載している項目は、第3次みやぎ21健康プランの目標に合わせているため。

注2) 番号は、ロジックモデルの各項目にある番号に対応しています。

・A分野、B中間アウトカムは、下3桁目が項目番号、下2～1桁目が、同じ項目でも複数がある場合に1から番号を振っている。

・C初期アウトカムは、下4～3桁目が項目番号、下2～1桁目が、同じ項目でも複数がある場合に1から番号を振っている。

(例)

A1 「脳血管疾患による死亡が減少している」の指標は、A101～A102

C01 「危険因子の知識を普及させる」の指標は、C0101～C0111

指標一覧（心血管疾患）

番号	指 標（心血管疾患）	現況（年（度））		目標値 （2029年度末）
A101	心疾患の年齢調整死亡率（男性）	191.3	令和3年	減少かつ全国値より低い
	心疾患の年齢調整死亡率（女性）	121.1	令和3年	減少かつ全国値より低い
	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（男性）	18.2	令和2年度	減少かつ全国値より低い
	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（女性）	10.0	令和2年度	減少かつ全国値より低い
	虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男性）	58.6	令和2年度	減少かつ全国値より低い
	虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女性）	22.1	令和2年度	減少かつ全国値より低い
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	74.00
	健康寿命（女性）	75.10年	令和元年	76.04
A201	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	95.1%	令和2年	増加かつ全国値より高い
A202	健康寿命と平均寿命の差（男性）	8.72	令和元年	減少かつ全国値より小さい
	健康寿命と平均寿命の差（女性）	12.56	令和元年	減少かつ全国値より小さい
B101	心疾患（高血圧症のものを除く）の受療率（入院） ※	44人	令和2年	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） ※	83人	令和2年	モニタリング指標
B102	虚血性心疾患受療率（入院） ※	11人	令和2年	モニタリング指標
	虚血性心疾患受療率（外来） ※	28人	令和2年	モニタリング指標
B103	高血圧性疾患患者の受療率（外来） ※	407.5	令和2年	モニタリング指標
B104	脂質異常症患者の受療率（外来） ※	95.4	令和2年	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	44.9	令和3年	短縮かつ全国値より短い
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）	①9.8% ②5.5%	令和3年	増加かつ全国値より高い
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	54.5%	令和3年	増加
B301	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	62.90%	令和3年	増加かつ全国値より高い
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 ※	171.4	令和3年	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）	66.1	令和2年	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 ※	8.7	令和3年	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 ※	2,054.7	令和3年	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）	106.6	令和2年	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 ※	364.1	令和2年	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）	101.1	令和2年	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 ※	39.6	令和2年	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）	59.3	令和2年	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	6.8	令和2年	モニタリング指標
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）	4時間15分	令和3年	短縮
B309	急性大動脈解離に対する緊急手術件数	120	令和4年	モニタリング指標

番号	指 標 (心血管疾患)	現況 (年(度))		目標値 (2029年度末)
B401	入院心血管疾患リハビリテーション実施件数(再掲) ※	2,054.7	令和3年	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)	106.6	令和2年	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 ※	151.4	令和3年	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)	25.3	令和2年	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) ※	364.1	令和2年	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)	101.1	令和2年	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) ※	39.6	令和2年	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)	59.3	令和2年	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)	6.8	令和2年	短縮かつ全国値より短い
B406	訪問診療の実施件数 ※	10,756.9	令和3年	モニタリング指標
B407	訪問看護利用者数 ※	436.0	令和2年	モニタリング指標
B408	地域連携薬局の数	76	令和5年3月	増加
C0101	みやぎヘルスサテライトステーション登録施設数	149	令和4年	増加
C0102	喫煙率(男性)	33.2%	令和元年	20%
		32.5%	令和4年	令和17(2035)年
C0103	喫煙率(女性)	9.7%	令和元年	4%
		8.1%	令和4年	令和17(2035)年
C0103	ハイリスク飲酒者の割合(男性)	17.4%	令和4年	15%
	ハイリスク飲酒者の割合(女性)	9.1%	令和4年	令和17(2035)年
C0104	糖尿病患者の年齢調整死亡率(男性)	4.7	令和2年	減少かつ全国値より低い
	糖尿病患者の年齢調整死亡率(女性)	1.9	令和2年	令和17(2035)年
C0105	塩分摂取量(男性)	10.3g	令和4年	7.5g
	塩分摂取量(女性)	9.4g	令和4年	令和17(2035)年
C0106	1日の歩数(20~64歳男性)	7263歩	令和4年	8,000歩以上
	1日の歩数(20~64歳女性)	6413歩	令和4年	令和17(2035)年
	1日の歩数(65歳以上男性)	4402歩	令和4年	8,000歩以上
	1日の歩数(65歳以上女性)	5018歩	令和4年	令和17(2035)年
C0107	肥満傾向児の出現率(中学1年生男)	14.39%	令和3年	6,000歩以上
	肥満傾向児の出現率(中学1年生女)	11.18%	令和3年	令和17(2035)年
C0201	特定健診受診率	61.7%	令和3年度	減少
C0202	特定保健指導実施率	25.1%	令和3年度	令和17(2035)年
C0203	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・予備群者割合	32.2%	令和3年度	70%
C0204	みやぎヘルスサテライトステーション登録施設数(再掲)	149	令和4年	令和17(2035)年
C0301	普通・上級救命講習人口1万人あたりの受講者数	66.8	令和3年	45%
C0302	発症から救急隊到着までの時間	82分	令和3年	令和17(2035)年
C0401	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	24	令和3年	23%
C0402	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	57.2%	令和3年	令和17(2035)年

番号	指 標 (心血管疾患)	現況 (年 (度))		目標値 (2029年度末)
C0501	救急隊の救急救命士運用率 (常時同乗している割合)	92.1%	令和3年	100%
C0601	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年度	増加
C0602	ドクターヘリの要請件数	417	令和3年度	モニタリング指標
C0603	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	—	—	モニタリング指標
C0701	循環器内科医師数 ※	9.5	令和2年	モニタリング指標
C0702	心臓血管外科医師数 ※	2.3	令和2年	モニタリング指標
C0703	心臓内科系集中治療室 (CCU) を有する病院数 ※	0.1	令和2年	モニタリング指標
C0704	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
C0705	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 ※	1.1	令和3年10月	モニタリング指標
C0706	大動脈瘤手術が可能な医療機関数 ※	0.8	令和3年10月	モニタリング指標
C0801	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	74	令和2年	モニタリング指標
C0802	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	21	令和3年3月	モニタリング指標
C0901	退院支援担当者を配置している診療所・病院数 (再掲)	74	令和2年	モニタリング指標
C0902	入退院支援の実施件数 入退院支援加算1 ※	1,826.6	令和2年	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 ※	265.7	令和2年	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)	72.8	令和2年	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)	97.6	令和2年	モニタリング指標
C0903	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)	21	令和3年3月	モニタリング指標
C0904	介護支援専門員に対する多職種連携に向けた支援回数	280	令和4年度	増加
C0905	心不全看護分野の認定看護師数 ※	0.2	令和4年12月	増加かつ全国値より多い
C0906	慢性心不全の再発を予防するためのケアに従事している看護師数 ※	0.2	令和4年	増加かつ全国値より多い
C0907	歯周病専門医が在籍する医療機関数 ※	0.5	令和5年	増加かつ全国値より多い
C0908	心不全緩和ケアトレーニングコース受講人数 ※	1.2	令和4年	増加かつ全国値より多い
C0909	心血管疾患における介護連携指導の実施件数 ※	266.8	令和2年	増加かつ全国値より多い
C0910	心不全療養指導士の認定者数 ※	3.6	令和4年	増加かつ全国値より多い
C1001	訪問診療を実施している病院数・診療所数	231	令和2年	増加
C1002	訪問看護師数 ※	25.6	令和3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 (医療) の割合	77.1%	令和5年3月	増加
C1101	両立支援コーディネーター基礎研修の受講人数 ※	23.7	令和4年	増加かつ全国値より多い
C1102	心血管患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	—	令和3年	増加

※ 人口10万対

注1) 目標値のうち「令和17(2035)年」と記載している項目は、第3次みやぎ21健康プランの目標に合わせているため。

注2) 番号は、ロジックモデルの各項目にある番号に対応しています。

- ・A分野、B中間アウトカムは、下3桁目が項目番号、下2～1桁目が、同じ項目でも複数がある場合に1から番号を振っている。
- ・C初期アウトカムは、下4～3桁目が項目番号、下2～1桁目が、同じ項目でも複数がある場合に1から番号を振っている。

(例)

A1 「心血管疾患による死亡が減少している」の指標は、A101～A105

C01 「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ない」の指標は、C0101～C0107

5 計画の見直し

第1期計画の期間については、関係する諸計画との調和が保たれたものとするため、令和4（2021）年度から令和5（2023）年度までの2年としましたが、今般策定する第2期計画の期間は、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年とします。

基本法第11条第4項の規定に基づき、必要があると認めるときには、計画を変更するよう努めなければならないこととされていることから、他の計画と調和を取りつつ、適宜評価及び見直しの検討を行います。

なお、本計画の進捗状況を把握し管理するため、3年を目途に中間評価を行います。その際、個々の取り組むべき施策が、個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効果を発揮しているかという観点から、可能な限り科学的・総合的な評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映するものとします。あわせて、計画の実施に当たっては、各施策の具体的な目標の設定に向けた検討を行います。

宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会 構成員名簿及び計画策定の経過

第2期計画策定（令和5年度）

（1）構成員名簿

氏名	所属団体等	区分
石井 正	東北大学病院 総合地域医療教育支援部 教授	学識経験者 (感染症・災害医療対策)
遠藤 智之	東北医科薬科大学 医学部 救急・災害医療学 教授	学識経験者 (救急医学)
遠藤 英徳	東北大学大学院 医学系研究科 神経外科学分野 教授	医療従事者 (脳神経外科)
亀井 尚	東北大学大学院 医学系研究科 消化器外科学分野 教授	医療従事者 (総合外科)
川本 俊輔	東北医科薬科大学 医学部 心臓血管外科学 教授	医療従事者 (心臓血管外科)
熊谷 浩司	東北医科薬科大学 医学部 内科学第一(循環器内科) 教授	医療従事者 (循環器内科)
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	医療従事者 (心臓血管外科)
佐藤 昌司	全国健康保険協会宮城支部 企画総務部長	保健業務従事者
篠崎 毅	宮城県医師会 常任理事	医療関係団体
鈴木 利一	宮城県対脳卒中協会	脳卒中経験者
瀬野尾 信子	宮城県サルコイドーシス友の会	心臓病経験者
高橋 一揮	宮城県理学療法士会 理事	医療関係団体
寺崎 弘子	宮城県ケアマネジャー協会 仙台支部 理事	福祉従事者
寺嶋 秀夫	日本心臓ペースメーカー友の会 本部理事・宮城県支部長	心臓病経験者
新妻 邦泰	東北大学大学院医工学研究科 神経外科先端治療開発学分野 教授	医療従事者 (脳神経外科)
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	学識経験者 (公衆衛生学)
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	医療従事者 (循環器内科)

(敬称略・順不同)

(2) 計画策定の経過

年月日	経過
令和5(2023)年 3月	国の第2期循環器病対策推進基本計画の閣議決定
令和5(2023)年 6月 5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5(2023)年 7月12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5(2023)年 9月 5日	第3回宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会開催
令和5(2023)年11月27日	第4回宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会開催
令和5(2023)年12月●日～ 令和6(2024)年 1月●日	パブリックコメント実施
令和6(2024)年 2月●日	第5回宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会開催
令和6(2024)年 3月	第2期宮城県循環器病対策推進計画の策定・公表
令和6(2024)年 4月	第2期宮城県循環器病対策推進計画の施行



第2回宮城県循環器病対策推進計画策定懇話会の様子
(県庁9階第一会議室)

宮城県循環器病対策推進計画

令和6年（2024）3月

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：022-211-2638

FAX：022-211-2697

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

E-mail：kensui@pref.miyagi.lg.jp