

第2章 いつでもどこでも安心な医療の提供

第1節 がん

【目指すべき方向性】

- がんによる年齢調整死亡率の低下を目指し、予防についての普及啓発や健康づくり、早期発見・早期治療を促すための県民が利用しやすい検診体制の構築などに取り組みます。
- 個人に最適化されたがん医療の実現を目指し、がん医療の質の向上と、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化と、効率的ながん医療体制の充実に取り組みます。
- がん患者が住み慣れた地域社会で、必要な支援を受けることができる環境を目指し、関係者等が連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や就労支援等の体制構築に取り組みます。

現状と課題

1 宮城県のがんの現状

- 宮城県では、年間約7千人の県民ががんで亡くなっています。がんは加齢により罹患リスクが高まりますが、今後ますます高齢化が進行することを踏まえると、がんに罹患する人及びがんが原因で死亡する人は今後とも増加していくものと見込まれています。
- がんによる死亡数は、死亡全体の約3割を占めており、死亡原因の第1位となっており、全国とほぼ同じ割合です。人口10万対年齢調整死亡率は、男女とも全国値よりも低い値となっています。圏域別に見ると、仙台圏域以外は県の値を上回り、地域差があります。（20ページ参照）

【図表5-2-1-1】宮城県のがん関連の統計

	宮城県	全 国	出 典
悪性新生物総患者数	31,000 人	1,782,000 人	「平成29年患者調査」（厚生労働省）
人口比	1.3%	1.4%	「令和2年国勢調査」（令和2年10月1日現在）（総務省統計局）
悪性新生物による年間死亡者数	6,845 人	378,385 人	「令和2年人口動態調査」（厚生労働省）
死因に占める割合	27.8%	27.6%	「令和2年人口動態調査」（厚生労働省）
悪性新生物の年齢調整死亡率 （人口10万対）	男性 160.5 女性 84.5	男性 165.3 女性 87.7	「平成29年度人口動態統計特殊報告」（厚生労働省）
悪性新生物年間罹患数	18,065 人	980,856 人	「宮城県のがん罹患平成30年集計」（県保健福祉部） 全国がん登録に基づく全国がん罹患数（2018）（国立がん研究センター）

- 部位別に見たがんの罹患数は、男性が胃、大腸、前立腺の順に多く、死亡数は肺、胃、膵臓の順です。女性の罹患数は乳房、大腸、胃の順で、死亡数は肺、膵臓、結腸の順です。

【図表5-2-1-2】部位別にみたがんの罹患と死亡の状況

	1位	2位	3位	4位	5位
罹 患					
男	胃	大腸	前立腺	肺	肝臓
女	乳房	大腸	胃	肺	子宮
計	胃	大腸	肺	乳房	前立腺
死 亡					
男	肺	胃	脾臓	結腸	肝臓
女	肺	脾臓	結腸	胃	乳房
計	肺	胃	脾臓	結腸	肝臓

出典：罹患は「宮城県のがん罹患平成30年集計」（県保健福祉部）、死亡は「令和2年人口動態調査」（厚生労働省）

※大腸がんは結腸がんと直腸がんを合わせたもの

【図表5-2-1-3】がんの罹患の年次推移

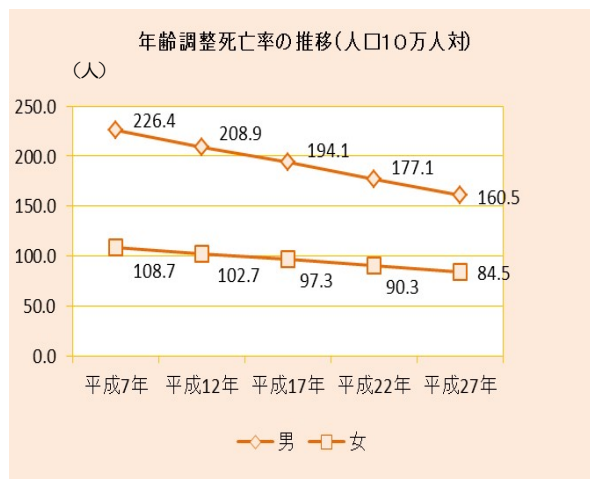
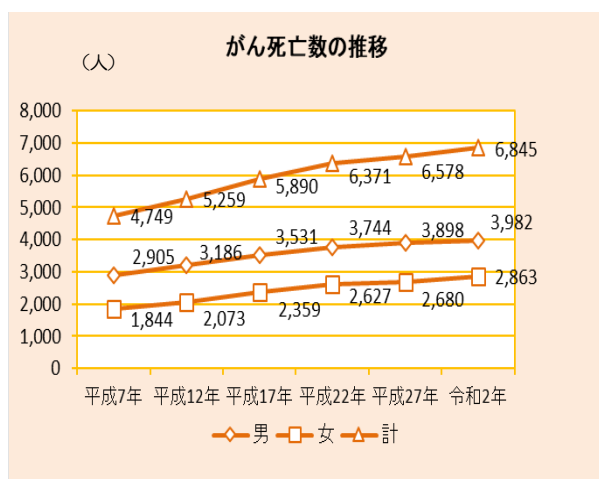
		40年 ～42年	43年 ～47年	48年 ～52年	53年 ～57年	58年 ～62年	63年 ～平成4年	5年 ～9年	10年 ～14年	15年 ～19年	20年 ～24年	25年 ～29年
罹 患 数	総計	8,497	14,454	18,053	22,947	30,188	38,312	45,035	55,093	67,026	79,995	86,704
	1年平均罹患数	2,833	2,891	3,611	4,589	6,038	7,662	9,007	11,019	13,405	15,999	17,341
	男	4,319	7,790	9,845	12,707	16,953	22,031	26,328	32,175	39,889	46,368	49,395
	1年平均罹患数	1,440	1,558	1,969	2,541	3,391	4,406	5,266	6,435	7,978	9,274	9,879
	女	4,178	6,664	8,208	10,240	13,235	16,281	18,707	22,918	27,137	33,627	37,309
	1年平均罹患数	1,393	1,333	1,642	2,048	2,647	3,256	3,741	4,584	5,427	6,725	7,462

出典：「宮城県のがん」（宮城県がん登録室）

※最新データが平成23（2011）年であるため、平成20（2008）～23（2011）年は4年間のデータとなっている。
 ※平成23（2011）年データは、登録方式の変更や、新システムに移行した過去のデータと重複して集計されたものが含まれる
 などシステム上の制約が生じ、過去との単純な比較が困難である。

- 高齢化率の増加に伴い、がんの罹患数及び死亡数も増加していますが、年齢調整死亡率は男女とも減少傾向にあります。

【図表5-2-1-4】がん死亡数・年齢調整死亡率（人口10万対）



出典：「人口動態統計」（厚生労働省）

- がんの年齢調整死亡率は減少傾向で推移していますが、今後、着実に低下させていくためには、がんにかかる県民を減らすことが重要であり、予防のための施策を一層充実させていくことが必要です。
- がんのリスク因子である喫煙と成人期の食事・肥満の状況を見ると、習慣的に喫煙している者の割合が24.3%（平成28年県民健康・栄養調査）と全国の18.3%（平成28年国民健康・栄養調査）より高くなっています。また、成人期の食事・肥満については、平成28年国民健康・栄養調査結果による

と、野菜摂取量（男女）は全国ベスト10位以内であるものの、食塩摂取量（男性）や肥満（男女）は全国ワースト10位以内となっています。

- がん検診の受診率は、増加傾向ではあるものの、目標の70%以上には達していません。

【図表5-2-1-5】がん検診受診率（%）

	平成 22 年	平成 28 年
胃がん	55.6	61.2
肺がん	68.5	74.1
大腸がん	52.0	59.9
子宮がん	53.2	51.5
乳がん	56.4	59.6

出典：「県民健康・栄養調査」（県保健福祉部）

2 医療提供体制の現状と課題

（1）がんの専門治療

- がん医療の均てん化のため、がん診療連携拠点病院*¹（以下「拠点病院」）が指定されています。宮城県では、都道府県拠点病院として宮城県立がんセンターと東北大学病院が指定され、地域拠点病院として東北労災病院、仙台医療センター、大崎市民病院、石巻赤十字病院、東北医科薬科大学病院の5病院が指定され、地域がん診療病院*²としてみやぎ県南中核病院が指定されています。
- 小児がんの治療は、東北ブロックの小児がん拠点病院*³として、東北大学病院が指定されています。
- 拠点病院では、がん診療を統括する診療部を設置するなど、各診療科と連携した診療体制の構築を図り、手術療法、放射線療法、薬物療法等を効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケアの提供、がん患者の病態に応じた適切な治療・ケアの普及に努めてきました。
- 標準的治療の実施や相談支援の提供等、拠点病院に求められている取組の中には、施設間で格差があるとの指摘があります。
- がん種、世代、就労等の患者それぞれの状況に応じたがん医療や支援がなされていないこと、希少がん、難治性がん、小児がん、AYA世代（思春期世代と若年成人世代）（以下「AYA世代」という。）のがんへの対策が必要であること、ゲノム医療等の新たな治療法等を推進していく必要があることなどが新たな課題として認識されるようになりました。

【図表5-2-1-6】がん診療連携拠点病院等

都道府県がん診療連携拠点病院	宮城県立がんセンター 東北大学病院
地域がん診療連携拠点病院	東北労災病院 仙台医療センター 東北医科薬科大学病院 大崎市民病院 石巻赤十字病院
地域がん診療病院	みやぎ県南中核病院
小児がん拠点病院	東北大学病院

* 1 がん診療連携拠点病院

「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に基づき、都道府県知事が推薦し、厚生労働大臣が指定する病院。全国どこに住んでいても質の高い医療を提供できる体制づくりを推進することを目的としており、都道府県がん診療連携拠点病院と地域がん診療連携拠点病院の2つがあります。

* 2 地域がん診療病院

「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に基づき、都道府県知事が推薦し、厚生労働大臣が指定する病院。隣接する地域のがん診療連携拠点病院と連携し、専門的ながん医療の提供、相談支援や情報提供などの役割があります。

* 3 小児がん拠点病院

「小児がん拠点病院の整備に関する指針」に基づき、厚生労働大臣が指定する病院。一定程度の医療資源の集約化を図るため、地域バランスも考慮し、当面の間、全国に15ヶ所程度整備されます。

（２）がん医療に携わる専門的な医療従事者

- がんの治療は、がんの種類や進行度によって、外科的治療が適していることもあれば、内科的治療が適していることもあります。また、一人の患者に対しても、種類の違う複数の治療法が選択肢となる場合もあります。外科的治療後に内科的治療をしたり、内科的治療と同時に放射線療法をすることもあり、各分野の専門家が連携して治療に当たる集学的治療、さらに、医師以外の医療従事者も連携協力して患者の治療にあたるチーム医療が求められています。
- そのため、各専門医の連携、さらにそれぞれを専門的にを行う医療従事者を養成することが必要です。東北大学では、放射線腫瘍学、腫瘍外科学など、がん診療に関する教育を専門的に行う教育組織（講座等）を設置しているほか、山形大学、福島県立医科大学、新潟大学及び拠点病院等と連携し、『東北がんプロフェッショナル養成推進プラン』*1 で専門の医師、看護師、薬剤師等を養成しました。また、宮城県がん診療連携協議会（以下「がん診療連携協議会」という。）では、地域拠点病院の医師、看護師、薬剤師等を対象とした研修を実施しています。

（３）緩和ケア*2

- がんと診断された時から、患者、家族が負う身体的な苦痛及び、精神心理的な苦痛、就業や経済的負担などの社会的苦痛に対し、迅速かつ適切な緩和ケアが、がん治療と平行して切れ目なく実施されることが必要です。
- 専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上については、平成27（2015）年度末までに緩和ケアセンターが2箇所の都道府県拠点病院に整備され、全ての拠点病院において苦痛のスクリーニング体制や緩和ケアチームなど診療体制が整備されました。
- また、緩和ケア病棟を有する医療機関は県内で6箇所あり、病床は120床整備されています。
- 実際に患者とその家族に提供された緩和ケアの質については、施設間で格差があり、身体的苦痛や精神的・社会的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3～4割ほどいるとの指摘があります。
- 医療用麻薬への誤解や緩和ケア＝終末期という誤った認識など、がん医療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識、県民の緩和ケアに対する正しい理解や周知が進んでいないことがあり、緩和ケアの周知や提供体制を充実させることが必要です。

（４）在宅医療

- がん患者が在宅や施設での療養を選択できるように、在宅緩和ケアを含めた在宅医療・介護の提供体制の充実を図ることが必要です。
- 近年は在宅療養支援診療所・病院を中心に歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、訪問介護事業所など在宅療養を支える機関のネットワーク化が進み、県内のがん患者の在宅看取り率は過去10年間で12.82%（平成22（2010））から22.59%（令和2（2020））へ徐々に上昇しています。
- 入院医療機関は、在宅療養を希望する患者に、円滑に切れ目なく在宅医療・介護サービスへ移行できるよう適切に対応することが必要であり、在宅医療や介護を担う医療・福祉従事者は、がん患者への医療・介護サービスについて、よりきめ細やかな知識と技術を習得することが必要です。

*1 東北がんプロフェッショナル養成推進プラン

本事業は、手術療法、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わがん専門医療人を養成する大学の取組を支援することを目的とした文部科学省の「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」のもとで平成24（2012）年に選定されています。

*2 緩和ケア（WHOの定義2002年）

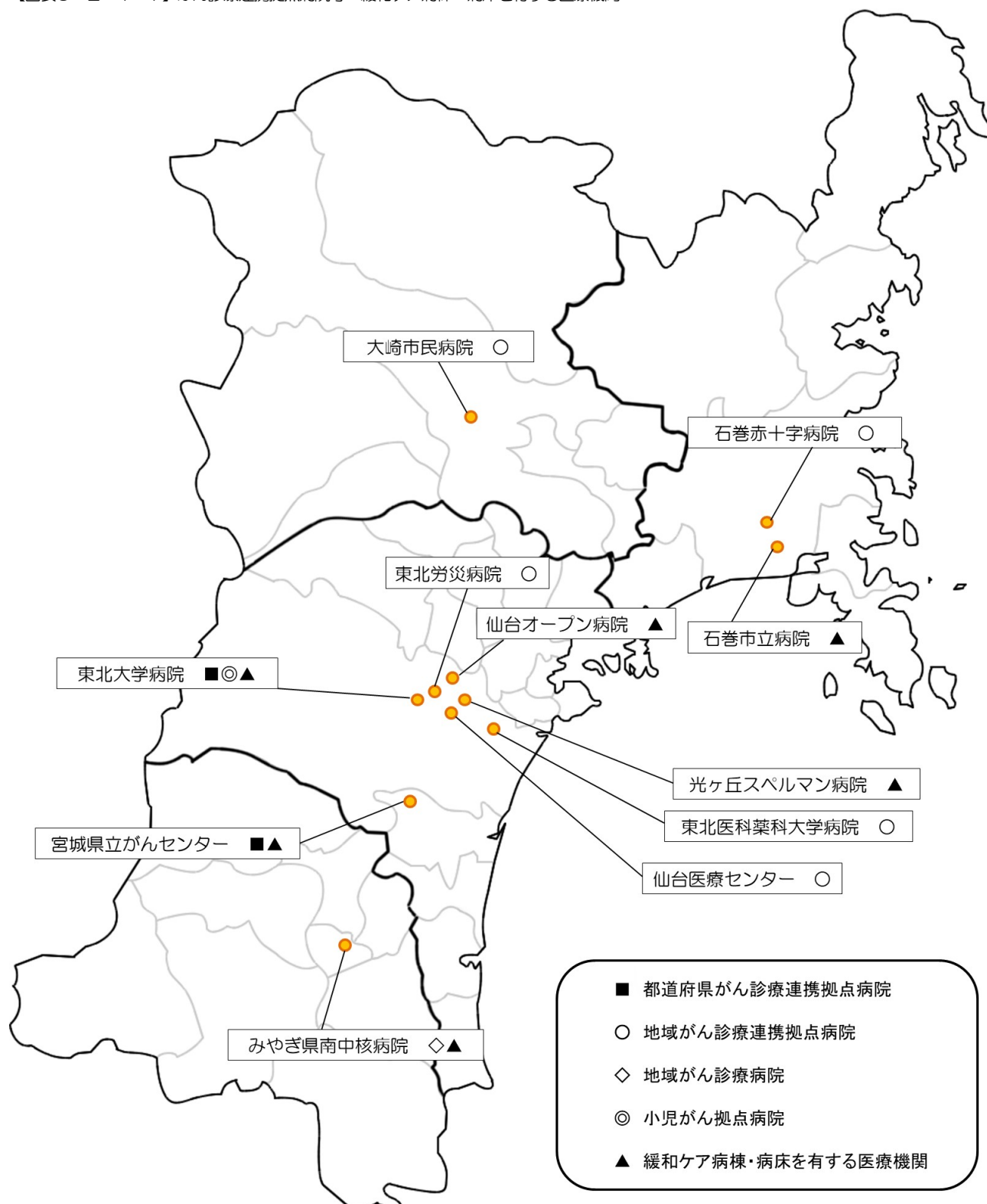
緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の初期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな（霊的な・魂の）問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティ・オブ・ライフ（生活の質、生命の質）を改善するためのアプローチです。

(5) がん登録

- がん登録事業によって、がんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果の把握など、がん対策の基礎となるデータを得ることができます。科学的根拠に基づいたがん対策や質の高いがん医療を実施したり、県民や患者への情報提供を通じてがんに対する理解を深めるために必須の制度です。
- 宮城県では、県、県医師会、東北大学及び宮城県対がん協会の協力体制のもと、全国的にも高い精度のがん登録事業を実施しており、国際的にも高い評価を得ています。
- 平成28（2016）年1月より、がん登録等の推進に関する法律に基づく全国がん登録が開始され、病院等で診断されたがんの種類や進行度等の情報が、病院等から都道府県を通じて、一元的に管理されることとなりました。
- がん登録の精度向上のために、院内がん登録や全国がん登録に関する人材育成を行ってきましたが、今後も、がん登録実務者に対する研修会等の継続的な人材育成が必要です。

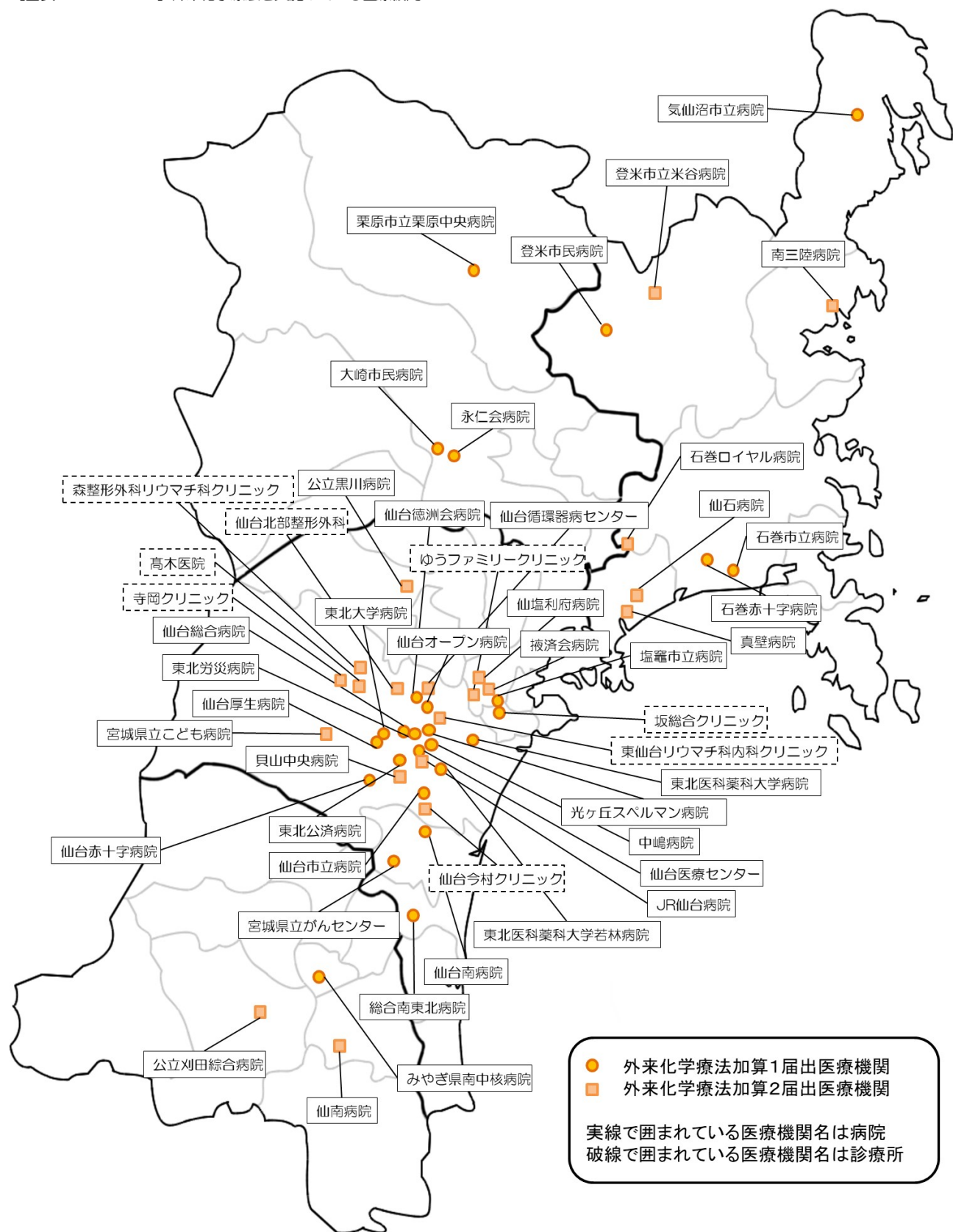
がんの医療機能の現況

【図表5-2-1-7】がん診療連携拠点病院等・緩和ケア病棟・病床を有する医療機関



出典：「施設基準の届出受理状況」（令和3年（2021）4月1日現在）（東北厚生局），
県保健福祉部調査（令和2（2020）年12月現在）

【図表5-2-1-8】外来化学療法を実施している医療機関



出典：「施設基準の届出受理状況」（令和3（2021）年4月1日現在）（東北厚生局）

施策の方向

平成30（2018）年3月に改定された第3期宮城県がん対策推進計画に基づき、がん医療体制の整備等を推進します。

1 科学的根拠に基づくがんの予防・がん検診の充実

（1）がんの1次予防

① 喫煙（受動喫煙）について

- 様々な企業・団体と連携し、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進します。
- 家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発活動や、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を推進します。
- 宮城県受動喫煙防止ガイドラインの啓発及び受動喫煙防止宣言施設登録制度の普及を図り、職場や飲食店などにおける受動喫煙のない環境づくりを推進します。

② その他の生活習慣について

- 『みやぎ21健康プラン』や『宮城県食育推進プラン』において推進する「食塩摂取量の減少」、「野菜摂取量の増加」、「肥満者の割合の減少」、「生活習慣病のリスクを高める量飲酒している者の割合の低減」等の栄養・食生活の改善や歩数を増やすなど身体活動や運動量の増加に、産官学連携で推進する「スマートみやぎ健民会議」を核としてより積極的に取り組みます。

③ 感染症対策について

- ヒトパピローマウイルス（HPV）については、子宮頸がん予防ワクチンの接種について国が積極的勧奨再開の方針を示したことを踏まえて、市町村に勧奨の推進について助言等を行うとともに、引き続き子宮頸がん検診についても充実を図り、肝炎ウイルスについては、肝炎ウイルス検査体制の充実など肝炎の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発症予防に努め、ヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）については、感染予防対策等に引き続き取り組み、ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有用性について国の検討等を注視していきます。

（2）がんの早期発見、がん検診（2次予防）

- 市町村及び検診機関や医師会等の関係機関と連携し、個別の受診勧奨・再勧奨、受診体制の整備など効率的・効果的な方策を検討し、実施していきます。
- 科学的根拠のあるがん検診の精度向上を図るため、市町村や検診機関、医師会と連携しながら、がん検診に係る事業評価を実施していきます。
- 引き続き、「がん啓発とがん検診の受診率向上に向けた包括協定」に基づき、関係企業と連携し、がん検診についての普及啓発を推進します。

2 患者本位のがん医療の実現

（1）がんゲノム医療

- がんゲノム医療の推進とともに、がんゲノム情報の取扱や、がんゲノム医療に関する県民の理解を促進するため、教育や普及啓発に努めるとともに、安心してゲノム医療に参加できる環境の整備を推進します。

（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、科学的根拠を有する免疫療法、支持療法の充実とチーム医療の推進

- 標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法等の提供体制、緩和ケア、がん相談支援センターの整備、院内がん登録、がんセンターボード^{*1}実施等の均てん化が必要な取組に関して、拠点病院を中心とした取組を推進します。

*1 キャンサーボード（Cancer Board）

がん患者の状態に応じた適切な治療を提供することを目的として、医療機関内で開催される診療科横断的で多職種が参加する検討会のことをいいます。

- 拠点病院を中心に、引き続き、医療安全の確保のための取組を推進します。
- 緩和的放射線療法をがん治療の選択肢の一つとして普及させるため、当該療法に関することを宮城県緩和ケア研修会等により、がん治療に携わる医師等に対する普及啓発を推進します。
- 拠点病院は、外来薬物療法をより安全に提供するために、外来薬物療法に関する多職種による院内横断的な検討の場を設けることとし、薬物療法に携わる院内の全ての医療従事者に対して、適切な薬剤の服薬管理や副作用対策等の外来薬物療法に関する情報共有や啓発を行います。
- 薬物療法を受ける外来患者の薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等の薬学的管理を行い、副作用・合併症の予防や軽減等、患者の更なる生活の質（QOL）の向上を図るため、拠点病院と、かかりつけ機能を有する地域の医療機関や薬局等との連携体制を推進します。
- 県は、がん診療連携協議会と連携し、県民が適切な情報を得ることができるよう、免疫療法に関する正しい知識の普及及び啓発を行います。
- がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者の生活の質（QOL）を向上させるため、拠点病院を中心に支持療法に関する診療ガイドラインに準拠した支持療法の普及に取り組みます。
- 病院内の多職種連携について、多診療科の参加による横断的がんボードの一層の強化を図り、患者が必要とする連携体制がとられるよう環境の整備を推進します。

（３）がんのリハビリテーション

- 拠点病院を中心に、がん患者の社会復帰や社会協働という観点も踏まえ、がんのリハビリテーションの普及や体制整備の推進を図ります。

（４）希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

- 拠点病院や小児がん拠点病院を中心に、ゲノム医療を推進し、手術療法、放射線療法、薬物療法、科学的根拠に基づいた免疫療法、緩和ケアを充実します。

（５）小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策

① 小児がんについて

- 小児がん拠点病院である東北大学病院を中心に、小児がん等の更なる生存率の向上を目指して、より安全で迅速な質の高い病理診断、がんゲノム医療の活用等を含む診断・治療等、小児がん医療の提供体制の整備を推進します。
- 地域の連携病院や地域の医療機関等とのネットワークの構築による、在宅医療を含めた診療体制の充実を推進します。

② AYA世代のがんについて

- 国の動向を踏まえ、適切な診療体制の整備や多様なニーズに応じた情報提供、相談支援・就労支援を実施できる体制の整備を推進します。
- 治療に伴う生殖機能等への影響等、世代に応じた問題について、治療前の正確な情報提供の実施や、必要に応じて、適切な生殖医療を専門とする施設への紹介体制の整備を推進します。

③ 高齢者のがんについて

- 国の動向を踏まえ、拠点病院を中心に、高齢者の併存疾患に関する診療科との連携を強化し、チーム医療体制の整備を図るなど、高齢者の診療体制の整備を推進します。

（６）病理診断

- 拠点病院を中心に、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するため、関係団体や学会等と協力し、病理コンサルテーション等、正確かつ適正な病理診断を提供する体制の強化を推進します。

（７）がん登録

- 更なる精度の向上を図るとともに、がん診療連携協議会と連携して、がん登録実務者の育成を推進します。
- 県民のがんに対する理解の促進や、患者やその家族による医療機関の選択に資するよう、希少がんや小児がんの情報を含め、がんに関する情報を適切に提供し、また、県民が活用できるように関係機関と連携して普及啓発を推進します。

3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- 拠点病院において、緩和ケアの提供体制の整備・充実を図り、診断時からの「苦痛のスクリーニング」を実施し、定期的な確認を行うことによる迅速な対応を推進します。
- 拠点病院を中心としたがん診療に携わる医療機関において、「緩和ケアセンター」の院内コーディネート機能等を強化し、医療従事者からの積極的な働きかけを推進します。
- 拠点病院は、拠点病院以外の医療機関を対象として、研修会の受講状況を把握すること、積極的に受講勧奨を行うことを通じて、基本的な緩和ケアを実践できる人材の育成に取り組みます。
- 患者とその家族が、痛みやつらさを感じることなく過ごすことが保障される社会を構築するため、関係団体と連携して、関係者等に対して、正しい知識の普及啓発を行います。
- 医療用麻薬に関する適切な啓発を行うとともに、医療用麻薬等の適正使用を推進します。

(2) 治療早期からの相談支援、情報提供の体制づくり

- ① 相談支援及び情報提供（相談支援）
 - 治療の早期から支援を受けられるように、患者や家族へがん相談支援センターを紹介する等、がん相談支援センターの利用を促進します。
 - がん診療連携協議会を中心に、相談支援の質の担保と格差の解消を図るとともに、拠点病院以外のがん相談窓口についても同様に、相談機能の充実と相談対応の質の向上を図ります。
- ② 患者会等の充実
 - がん診療連携協議会と連携し、患者会活動の充実を図るため、「がん患者・サロンネットワークみやぎ」の運営支援を含め、患者会活動を支援します。
 - ピア・サポートについては、国が作成した研修プログラムを活用して育成研修を行うとともに、必要に応じて、研修内容の見直しや、拠点病院におけるピア・サポーターとの連携協力体制の構築を推進します。

(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

- ① 拠点病院と地域との連携について
 - セカンドオピニオンの活用を促進するため患者や家族への普及啓発を推進し、セカンドオピニオンをいつでも適切に受けられる体制を推進します。
 - がん診療連携協議会と連携して、地域連携クリティカルパスの積極的な活用による切れ目のないがん医療の提供の推進を図ります。
 - 拠点病院等は、緩和ケアについて定期的に検討する場を設け、緊急時の受入体制、地域での困難事例への対応について協議すること等によって、地域における患者支援の充実を図ります。
- ② 在宅緩和ケアについて
 - 病院と在宅を支える医療機関等の連携により、在宅での療養生活を希望するがん患者が安心して在宅医療を選択できるような医療提供体制を整備するため、拠点病院等は引き続き、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等と協働して、在宅療養支援診療所・病院、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション等の医療・介護従事者を対象とした緩和ケアや看取りの研修等を実施します。
 - がん患者の病態・療養の特徴に応じた医療ニーズに柔軟に対応し、切れ目のない医療・ケアの提供とその質の向上を図るため、病院と在宅医療関係機関との連携体制の整備など、地域の実情に応じた在宅医療・介護との連携体制の構築を推進します。

(4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

- ① 就労支援について
 - 拠点病院において、患者が治療の早期から支援を受けられるように、がん相談支援センターの利用を促し、国の動向を踏まえ、主治医等、会社・産業医及び「両立支援コーディネーター」による、患者への「トライアングル型サポート体制」*1の構築を推進します。

*1 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をいいます。

- がん患者・経験者に対する就労支援を推進するため、地域における就労支援の関係者等で構成する宮城県地域両立支援推進チームにより、連携した取組の推進を図ります。
- ② 就労以外の社会的な問題について
 - がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化（爪、皮膚障害、脱毛等）等に関する相談支援、情報提供の体制が十分ではないことから、がん患者・経験者の生活の質（QOL）向上に向け、課題の解決に向けた施策を検討します。

（５）ライフステージに応じたがん対策

- ① 小児・AYA世代について
 - 小児がん拠点病院や「小慢さぽーとせんたー」*1を中心とし、小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップについて、晩期合併症への対応、保育・教育・就労・自立・心理的課題に関する支援を含め、ライフステージに応じて成人診療科と連携した切れ目のない支援の体制整備を推進します。
 - 医療従事者と教育関係者との連携を強化し、国の動向を踏まえ、高等学校段階における遠隔教育など、療養中においても適切な高校教育を受けることができる環境整備を行い、復学・就学支援等、療養中の生徒等に対する特別な支援を行う教育のより一層の充実を図ります。
 - 小児がんに関する正しい情報を発信することにより、小児がん患者と家族が治療中のみならず治療後も安心して暮らせる社会を構築していくため、教育現場や職域等における普及啓発を図ります。
- ② 高齢者について
 - 高齢のがん患者を支援するため、医療機関・介護施設等の医師、医療従事者、介護従事者が連携し、患者とその家族の意思決定に沿った形で、患者の療養生活を支えるための体制整備を推進します。

４ これらを支える基盤の整備

（１）がん研究

- 拠点病院と臨床研究中核病院*2である東北大学病院等の連携を一層強化し、がん患者に対して、臨床研究を含めた治療選択肢を提供できる体制を整備します。

（２）人材育成

- 東北大学におけるがん診療に関する教育を専門的に行う教育組織（講座等）の継続や東北大学が引き続き行う『平成29年度東北次世代がんプロ養成プラン』により、がん医療を専門とする医療従事者の養成を継続するとともに、ゲノム医療や希少がん及び難治性がんへの対応、小児・AYA世代や高齢者といったライフステージに応じたがん対策に対応できる医療従事者等の育成を推進します。

（３）がん教育、がんに関する知識の普及啓発

- 医師会や患者団体等と協力し、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育の推進を図ります。
- 予防によりがんのリスクを軽減できること、早期発見が可能ながんもあること等の普及啓発を推進し、がん予防や早期発見につながる行動の変容を促すとともに、自分や身近な人ががんに罹患しても、それを正しく理解し、向き合うことができるよう支援します。

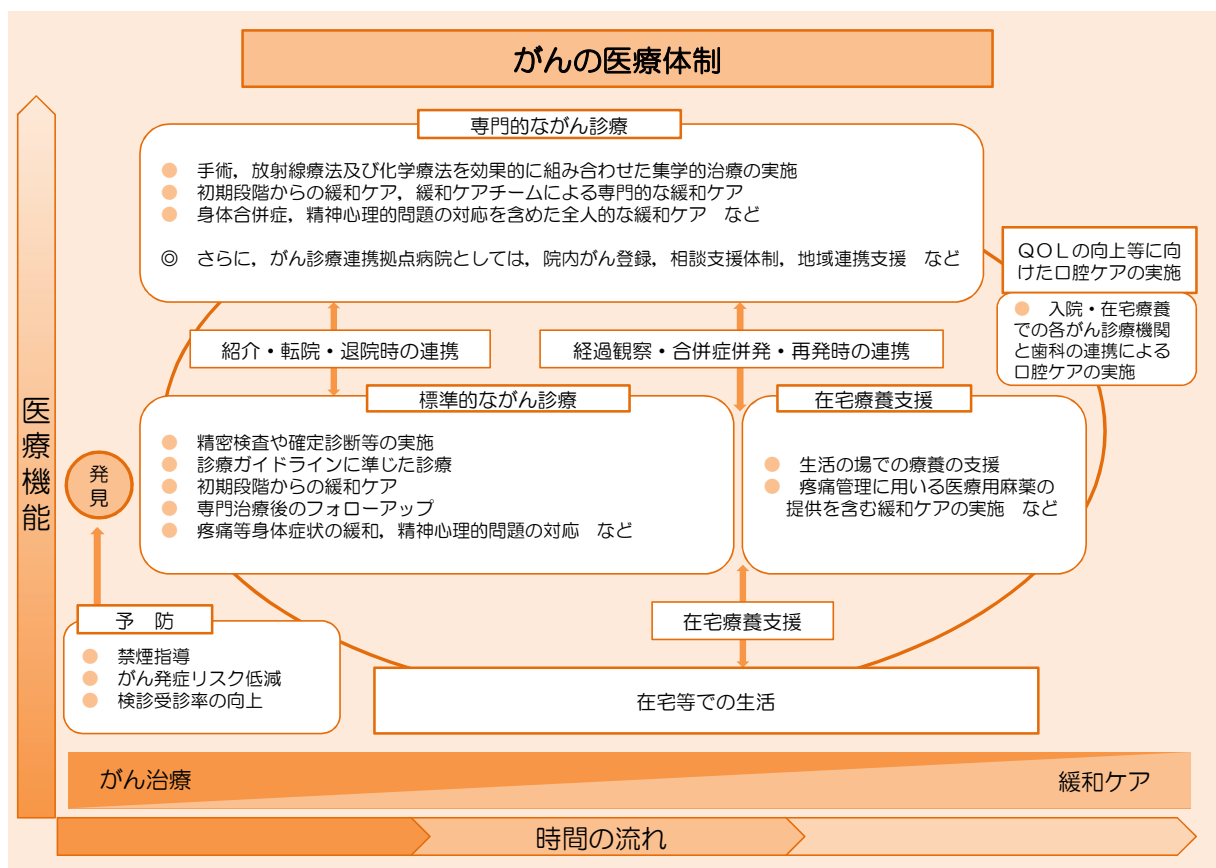
*1 小慢さぽーとせんたー

小児慢性特定疾病を持った児童やその家族の、日常生活上での悩みや不安などに対応する相談窓口。小児慢性特定疾病児童等自立支援事業により、宮城県と仙台市が共同で東北大学病院へ委託しているものです。

*2 臨床研究中核病院

医療法上位置づけられた、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究や治験を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的な役割を担う病院。

【図表5-2-1-9】がんの医療体制



数値目標

指 標	現 況		2023 年度末		出 典
受動喫煙の機会を有する者の割合	家庭（毎日）	17.8%	家庭（毎日）	0%	「平成 28 年県民健康・栄養調査」（県保健福祉部）
	職場（毎日・時々）	37.6%	職場（毎日・時々）	0%	
	飲食店（毎日・時々）	40.4%	飲食店（毎日・時々）	0%	
がん検診受診率	胃がん	61.2%	70%以上		「平成 28 年県民健康・栄養調査」（県保健福祉部）
	肺がん	74.1%			
	大腸がん	59.9%			
	子宮頸がん	51.5%			
	乳がん	59.9%			
悪性新生物の年齢調整死亡率 （75 歳未満）（人口 10 万対 ）	67.0		68.0		国立がん研究センター公表値

<がんについて>

がんは、なんらかの原因で遺伝子の突然変異が発生し、正常な細胞ががん細胞化し、異常に増殖して周囲の正常な組織を破壊し、さらに、血管やリンパ管などに入り込み、離れた臓器に転移して、その無制限な増殖によって生命を奪う病気です。

遺伝子の突然変異は、喫煙、アルコール、紫外線等、様々な外的要因（発がん要因）により、引き起こされることが分かっています。

また、がんは基本的に全ての臓器に発生し、発生する臓器や組織形態によって、発生頻度、悪性度、症状、治療法、予後が異なります。

2節 脳卒中

【目指すべき方向性】

- 脳卒中による年齢調整死亡率の低下を目指し、メタボリックシンドローム該当者等の減少に資する健康づくり、発症予防に取り組みます。また、発症後、病院前救護を含め、早急に適切な救急診療を実施する体制の構築を推進します。
- 脳卒中に罹患した患者の生活の質（QOL）の向上を目指し、急性期・回復期・維持期医療のシームレスな連携を推進します。また、再発予防や、関係する人材の育成に努めます。

現状と課題

1 宮城県の脳卒中の現状

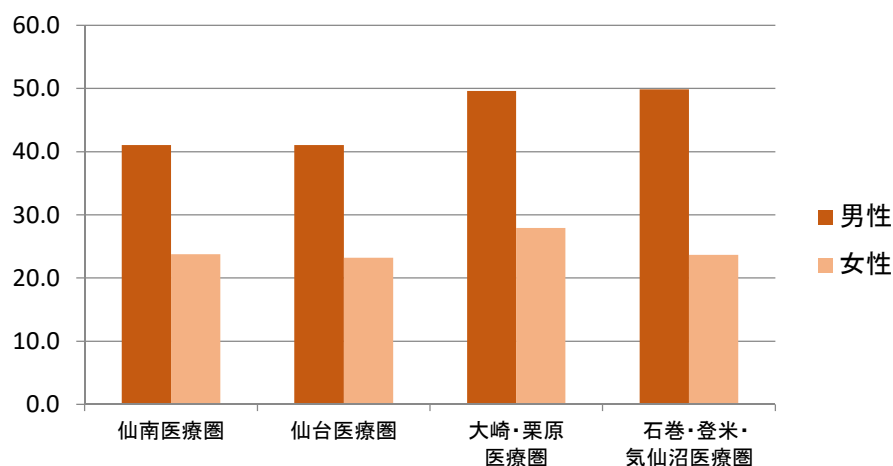
- 宮城県では、年間1万7千人の県民が脳卒中に罹患していますが、その約8割が脳梗塞であり、脳内出血やくも膜下出血などその他脳血管疾患は約2割となっています。また、年間約2千3百人が脳血管疾患で死亡しており、死因の約9%を占めています。

【図表5-2-2-1】宮城県の脳卒中関連の統計

	宮城県	全 国	出 典
メタボリックシンドローム該当者・予備群割合	31.4%	28.2%	「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（令和元（2019）年度）（厚生労働省）
脳血管疾患の総患者数（人口比）	17,000 人 (0.7%)	1,115,000 人 (0.9%)	「平成29年患者調査」（厚生労働省）及び「人口推計」（平成29（2017）年10月1日現在）（総務省統計局）から算出
脳血管疾患による年間死亡者数（全死因に占める割合）	2,275 人 (9.2%)	102,978 人 (7.5%)	「令和2年人口動態統計」（厚生労働省）
脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性 43.0 女性 23.7	男性 37.8 女性 21.0	「平成29年人口動態特殊報告 平成27年都道府県別年齢調整死亡率の概況」（厚生労働省）

- 平成28年宮城県県民健康・栄養調査によると、過去1年間に健診やドックを受けたことのある者の割合は男性73.7%、女性66.7%であり、平成26（2014）年と年齢構成を揃えて比較すると、男女ともにほぼ横ばいとなっています。高血圧性疾患の入院・外来の受療率は10万人当たり684人で、全国平均の515人を大きく上回り、高血圧患者が多いことが推察されます。（平成29年患者調査（厚生労働省））
- 令和元年度特定健診結果によると、本県におけるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者は112,685人であり、割合は18.7%で、全国ワースト3位、予備群の該当者は77,086人であり、割合は12.8%で、全国ワースト9位となっています。両者を合わせた割合は31.4%で、沖縄県の35.1%に次いで全国ワースト2位となっており、今後、脳卒中などの生活習慣病の発症者が増加することが懸念されます。
- 医療圏毎の年齢調整死亡率を比較すると、仙南医療圏及び仙台医療圏と大崎・栗原医療圏及び石巻・登米・気仙沼医療圏とでは、男性の脳血管疾患年齢調整死亡率に大きな開きが見られます。

【図表5-2-2-2】 脳血管疾患に関する医療圏別年齢調整死亡率（人口10万対）（平成27（2015）年）



出典：「平成27年国勢調査（総務省統計局）及び「平成27年衛生統計年報」（県保健福祉部）より算出

2 医療提供体制の現状と課題

（1）病院前救護

- 脳血管疾患により救急搬送された患者は、平成29（2017）年においては県全体で4,1千人でした。脳卒中を含めた救急全体で救急隊要請から病院収容までの時間は宮城県平均で41,0分であり、全国平均の39,5分と比べ長く、都道府県別では全国10番目の長さでした。（平成30（2018）年）。
- 患者の初動までの時間、受入病院決定までの時間が長く、短縮が望まれます。発症から搬送までに時間がかかる理由としては、発症後、患者の初動が遅れる（受診すべきかどうか判断できず様子を見てしまうなど）、搬送病院決定までに複数の病院に受入れの照会が必要という大きな二つの課題があると考えられます。発症から救急隊要請までの時間を短くすること、搬送先をスムーズに決定することが必要です。
- 患者の大病院指向も加わり、本来は三次救急を扱う病院に軽症症例が搬送される事態も発生しており、一般県民向けの啓発も重要です。また、高齢化によって、今後救急受入れが必要な脳卒中患者は増加することが予想されます。

（2）急性期の専門的治療

- 急性期脳梗塞治療の代表である t-PA^{*1}を常時実施可能な施設、脳卒中治療に携わる神経内科・脳神経外科医も仙台医療圏に集中しており、急性期脳卒中医療体制は医療圏ごとの地域格差が大きいことが分かります。特に仙南医療圏及び大崎・栗原医療圏において t-PA を常時実施可能な施設が少ない傾向にあります。
- 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、人口10万人当たり13,6件となっていますが、二次医療圏別の実施件数は、仙南医療圏14,7件、仙台医療圏13,6件、大崎・栗原医療圏の12,0件、石巻・登米・気仙沼医療圏14,0件となっています。
- t-PA を使用できるような脳卒中専門施設の数は脳卒中死亡率と相関する可能性があります。また、発症から病院到着までの時間を短縮するには、一般住民の啓発、救急隊員の理解も必要です。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に早期から急性期リハビリテーションが実施されることも望まれます。
- また、近年、急性期脳梗塞患者に対する血管内治療の科学的根拠が示されており、原則として発症後8時間以内の脳梗塞患者が対象となる、血管内治療による血栓除去術が可能な施設も含めた連携が求められています。

*1 t-PA（t-PA静注療法）

脳梗塞急性期治療法で、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。t-PAを静脈から投薬し、閉塞血管を再開通させる治療法のことです。

【図表5-2-2-3】脳卒中の専用病室（SCU）またはそれに準じた専用病棟を有する医療機関等

	病院数	専用病室等を有する医療機関数	神経内科医師数	脳神経外科医師数	脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ届出医療機関	脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ届出医療機関
仙南医療圏	13	0	15	4	2	4
仙台医療圏	78	12	131	88	29	14
大崎・栗原医療圏	26	2	12	10	3	6
石巻・登米・気仙沼医療圏	22	5	17	9	5	3
県計	139	19	175	111	39	27

出典：「平成28年医療施設（動態）調査」（厚生労働省）、「平成28年度宮城県医療機能調査」（県保健福祉部）、「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）、「施設基準の届出受理状況」（平成29（2017）年9月1日現在）（東北厚生局）

（3）急性期・回復期リハビリテーション

- 脳血管障害のリハビリテーション可能な医療機関は県内で102施設あります（うち86は有床施設）。脳卒中患者に対するリハビリテーション実施件数は年間レセプトベースで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。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。
- 急性期と回復期とを橋渡しするツールの一つに脳卒中地域連携クリティカルパスがあり、平成27（2015）年度の実施件数は530件ありますが、未実施の地域もあり、更なる普及促進が必要です。
- 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、円滑な転退院を行うため、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。
- 在宅療養では、加えて機能維持のリハビリテーションが行われるとともに、生活に必要な介護サービスも利用されます。在宅を含めた維持期の整備が今後ますます必要となっており、再発に備え、家族等の周囲にいる方への教育も大切になります。

（4）維持期のデータ

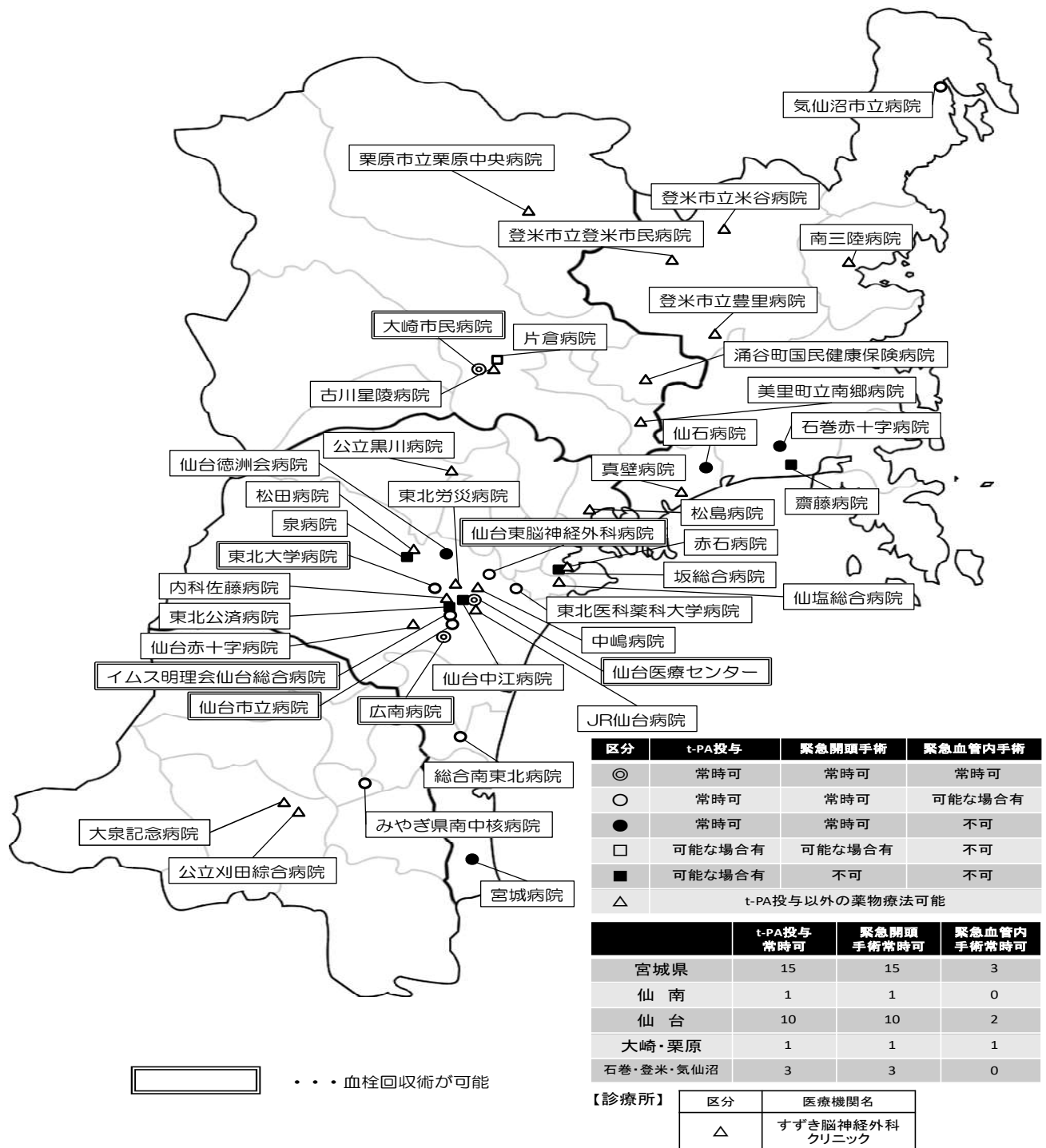
- 脳卒中維持期患者に対する訪問診療は30施設が実施しています。本県の脳血管疾患患者の在宅死亡割合は32.9%（令和2（2020）年）であり、全国で6番目に高い割合になっています。今後、在宅医療をさらに充実していく必要があります。

（5）医療連携

- 基礎疾患を多く持ち、罹病期間の長い脳卒中患者には、かかりつけ医を含む循環型でシームレスな連携を構築することが重要です。
- 平成23（2011）年から「オンライン脳卒中地域連携パス」が稼働しています。現在16病院が参加しています。登録患者数の累計も9,455人となり、のべ1,359人の転院に活用されています。（令和3（2021）年9月末現在）

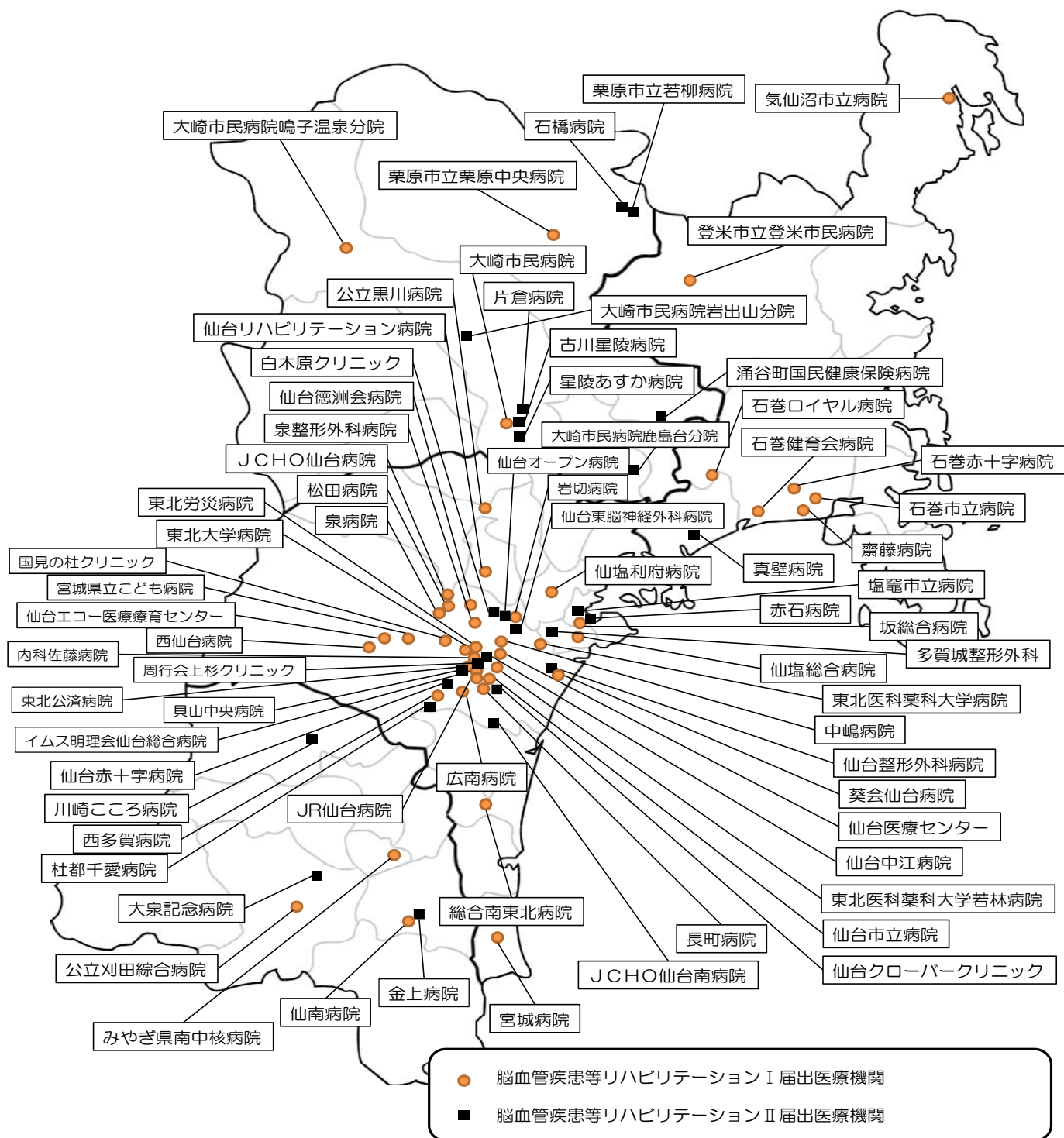
脳卒中の医療機能の現況

【図表5-2-2-4】 t-PA 実施可能な施設等



出典：「救急搬送実施基準（令和2年11月一部改正）」（県復興・危機管理部）
を基に県保健福祉部において作成

【図表5-2-2-5】脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ・Ⅱ^{*1}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）

*1 脳血管疾患等リハビリテーションⅠ・Ⅱ

脳血管疾患等リハビリテーションを実施するに当たっての診療報酬上の施設基準で、人員・スペース要件等によって、Ⅰ・Ⅱに区分されています。

これまで述べた現状を踏まえ、課題を解決するには多方面の検討が必要です。

1 脳卒中の予防

- みやぎ21健康プランと連携し、栄養・食生活、身体活動・運動、たばこ対策を重点的に取り組む分野として、メタボリックシンドローム該当者等の減少に資する健康づくり、発症予防に取り組みます。
- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要であることから、県民が減塩等の生活習慣の改善等に取り組みやすい環境整備を推進するため、スマートみやぎ健民会議を核として、企業、医療関係団体、医療保険者、教育機関、行政等が連携した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ます。

2 発症後の速やかな搬送体制

- 本人及び家族等周囲にいる者が、発症後速やかに救急搬送の要請を行うことができるよう、医療機関の協力を得て、脳卒中の症状や早期受診の必要性等に関する県民への啓発を積極的に行っていきます。
- 救急隊連絡から脳卒中専門病院搬送までの時間が短縮し、迅速に治療が開始されるように、平成23（2011）年6月に策定された「救急搬送実施基準」に基づいて、迅速に搬送先が決定するシステムの充実に努めます。

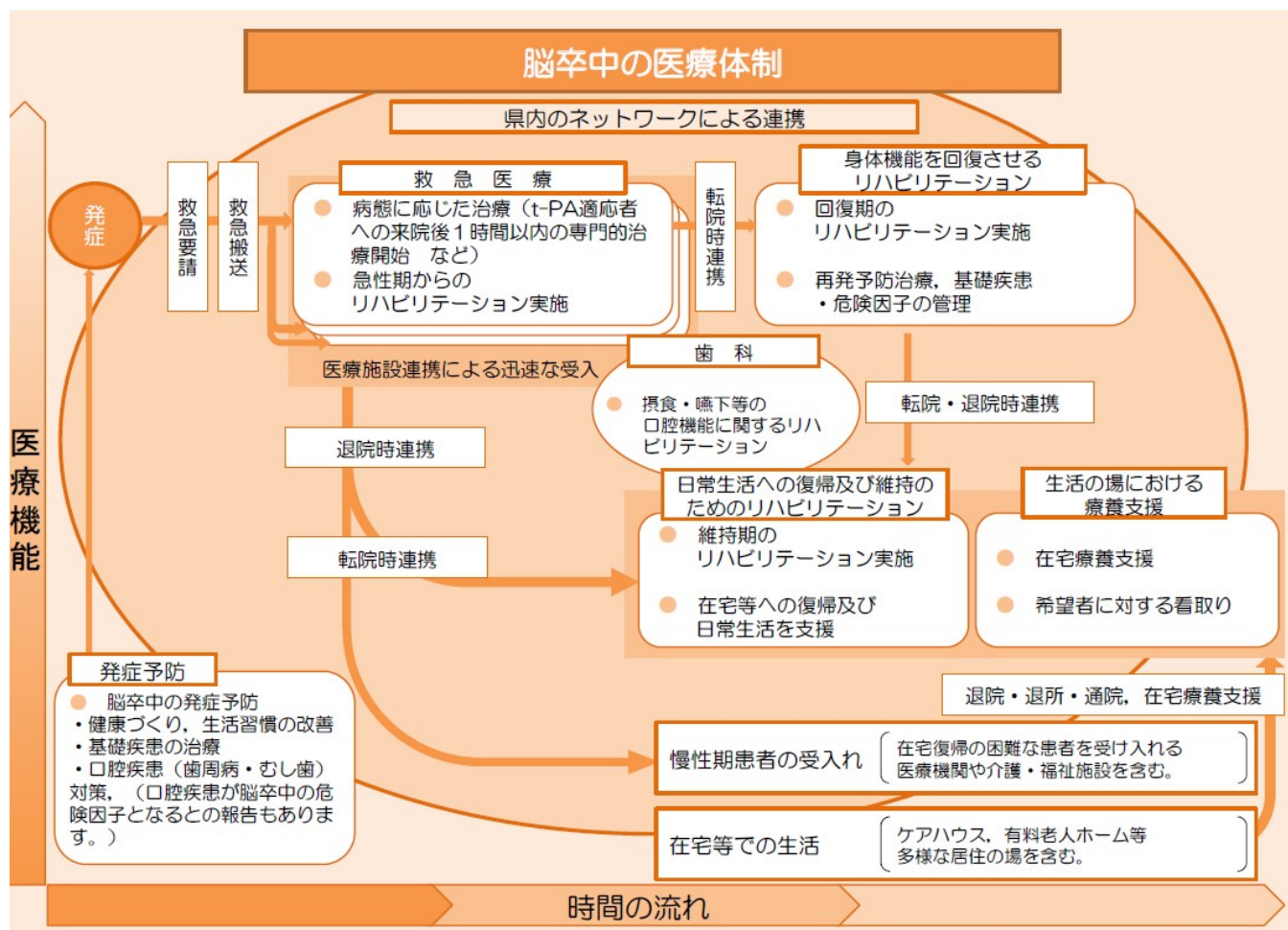
3 速やかな急性期治療と維持期治療までの円滑な連携体制の構築

- 脳卒中急性期医療を行うために、地域の医療機関が連携して、脳卒中が疑われる患者が搬送されてきた場合に24時間体制で、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。
- 一人でも多くの患者の命が救われ、在宅に復帰できるよう、急性期から、回復期、維持期を通じて、患者の状態に応じて、リハビリテーションや、再発・合併症予防を含めた、一貫した医療が提供できる体制の構築が望まれます。このため、オンライン地域連携パスの活用等、患者情報の共有に基づく施設間連携を促進し、病期を通じたシームレスな連携を目指します。
- 維持期医療においては、外来治療のほか、在宅医療や訪問リハビリテーションなど、日常生活と密着した医療となります。介護との密接な連携をとりながら、患者の生活全般を支える体制が必要となります。
- 「オンライン脳卒中地域連携パス」、さらに急性期から回復期・維持期へのスムーズな情報伝達が可能となるよう、医療福祉情報ネットワークの普及を促進します。
- 脳卒中患者の口腔機能改善と誤嚥性肺炎予防のため、医科歯科連携による口腔のケアの実践を推進し、患者の更なる生活の質（QOL）の向上に努めます。
- 薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行い、患者の服薬コンプライアンスを向上させ、医療機関に対する情報のフィードバックなどによる連携を強化し、発症予防や再発予防を推進します。

4 人材育成

- 迅速な急性期治療、回復期におけるリハビリテーション、維持期の住み慣れた地域で在宅医療や訪問リハビリテーション・脳卒中予防が円滑に行えるように、脳卒中の各治療ステージに携わる人材を関係機関の協力を得て育成していきます。

【図表5-2-2-6】



数値目標

指 標	現 況	2023年度末	出 典
メタボリックシンドローム該当者・予備群割合	31.4%	29.4%	「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（令和元（2019）年度）（厚生労働省）
脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）	男性 43.0 女性 23.7	男性 37.1 女性 22.2	「平成29年人口動態特殊報告 平成27年都道府県別年齢調整死亡率の概況」（厚生労働省）
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	54.0%	66%	「平成29年患者調査」（厚生労働省）

<脳卒中について>

脳 梗 塞	「脳血管が詰まる」	アテローム血栓性梗塞  <p>アテローム硬化（動脈硬化）によって、血管の内腔が狭くなり、そこに血栓ができて脳血管が詰まるもの。 症状は、片まひ、感覚障害、言語障害、意識障害など。</p>
		ラクナ梗塞  <p>脳の細い血管が、主に高血圧によって変化し、詰まるもの。 症状としては、意識喪失はありませんが、手足のしびれ、ろれつが回らないことなど。</p>
		心原性脳梗塞栓症  <p>心臓などにできた血栓が、脳血管まで流れ、脳血管が詰まるもの。 症状は、意識喪失。 症状は急にあらわれ、死に至る危険性は高い。</p>
脳出血・くも膜下出血	「脳血管が破れる」	脳出血  <p>脳の細い血管が破れて出血するもの。 症状は、昏睡、半身麻痺など。</p>
		くも膜下出血  <p>脳動脈瘤が破れて、くも膜下腔（脳の表面）に出血するもの。 症状は、頭痛、悪心、嘔吐、意識混濁など。</p>

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

【目指すべき方向性】

- 心筋梗塞等による年齢調整死亡率の低下を目指し、メタボリックシンドローム該当者等の減少に資する健康づくり、発症予防に取り組みます。また、発症後、病院前救護を含め、早急に適切な救急診療を実施する体制の構築を推進します。
- 心筋梗塞等に罹患した患者の生活の質（QOL）の向上を目指し、急性期・回復期・維持期医療のシームレスな連携を推進します。

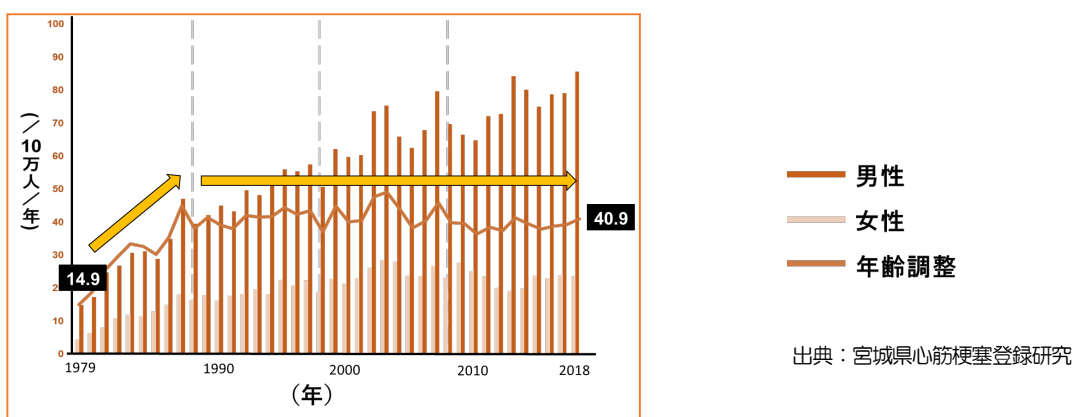
現状と課題

1 宮城県の心筋梗塞等の心血管疾患の現状

（1）急性心筋梗塞

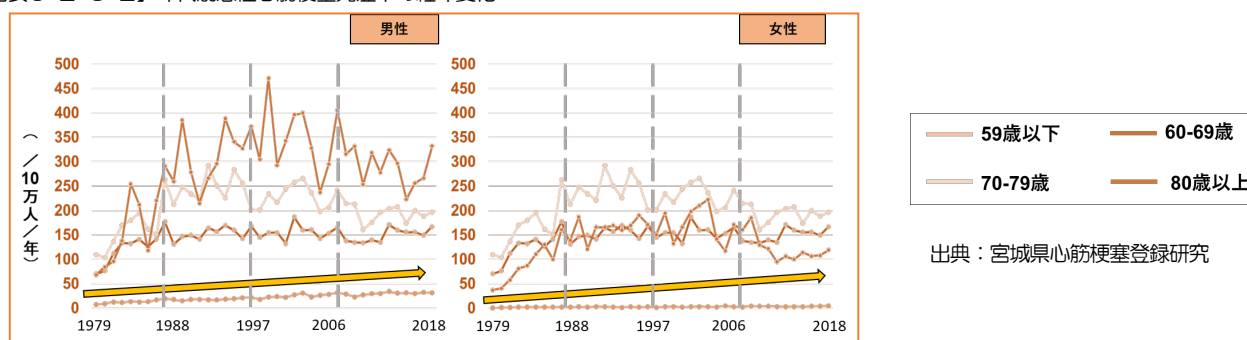
- 宮城県心筋梗塞登録研究^{*1}によると、宮城県における急性心筋梗塞の発症頻度は、昭和54（1979）年には人口10万人当たり14.9人の発症率でしたが、平成30（2018）年には40.9人と2.7倍に増加しました（図表5-2-3-1）。

【図表5-2-3-1】急性心筋梗塞粗発症率の経年変化（人口10万対）



- また、近年、高齢者の発症が減少傾向となっている一方で、59歳以下の若い世代での発症が男女ともに増加傾向となっています（図表5-2-3-2）。

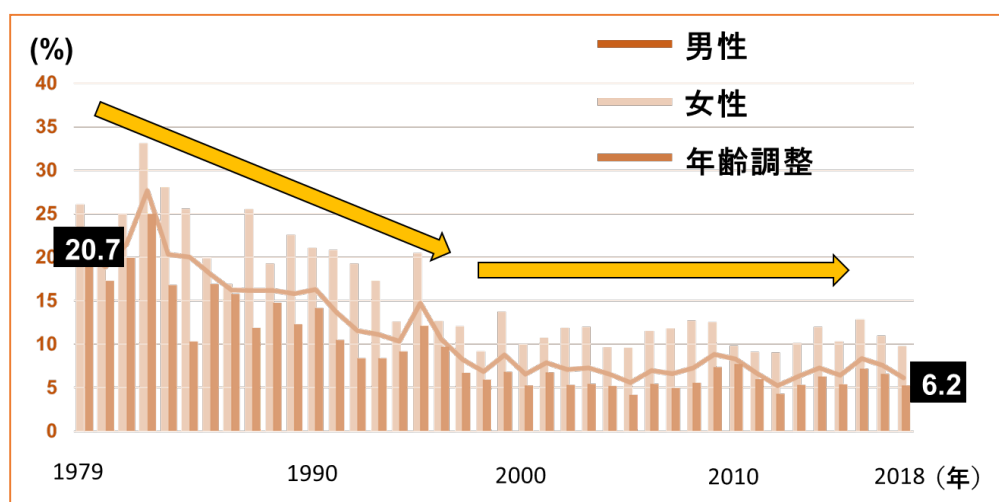
【図表5-2-3-2】年代別急性心筋梗塞発症率の経年変化



*1 宮城県心筋梗塞登録研究は宮城県の主要循環器診療施設43病院が参加し、県下で発症する急性心筋梗塞症例のほぼ全例を1979年の発症から43年以上の長期間にわたり登録を継続している日本を代表する臨床疫学研究です。これまで合計で約3万5千症例以上が登録されています。

- 令和元年度特定健診結果によると、本県におけるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者は112,685人であり、割合は18.7%で、全国ワースト3位、予備群の該当者は77,086人であり、割合は12.8%で、全国ワースト9位となっています。両者を合わせた割合は31.4%で、沖縄県の35.1%に次いで全国ワースト2位となっており、今後、心筋梗塞などの生活習慣病の発症者が増加することが懸念されます。
- 宮城県では急性心筋梗塞の発症頻度が増加する一方で、急性期死亡率（30日以内の院内死亡率）は昭和54（1979）年の20.7%から平成30（2018）年の6.2%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約40%から約70%まで増加したことと、バルーン・ステント^{*1}などを使用して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（PCI）^{*2}による血行再建術が約86%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PCIの施行率が増加している一方で、重症例も増加しており、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5-2-3-3）。

【図表5-2-3-3】心筋梗塞患者の院内死亡率の経年変化（人口10万対）



出典：
宮城県心筋梗塞登録研究

（2）大動脈解離

- 大動脈瘤及び大動脈解離の継続的な医療を受けている患者数は全国で約4.3万人と推計されます。また、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1.4%を占めています。宮城県では大動脈瘤及び解離で年間392人が死亡しており、死因全体の1.6%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時間毎に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。

（3）慢性心不全

- 心不全の継続的な医療を受けている患者数は全国で約33.6万人と推計され、そのうち約73.2%が75歳以上の高齢者です。また、心不全による死亡数は心疾患死亡数全体の約39.5%、約8万人です。宮城県では、心不全の患者数は8千人と推計され、年間1,438人が死亡しており、死因全体の6%を占め、心不全を含む心疾患は死亡順位の2位となっています。慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、加齢とともに罹患率が高くなる疾患でもあることから、高齢化の進展に伴い、今後の患者数増加が予想されています。

*1 バルーン・ステントとは、冠動脈の狭窄している部分にカテーテルを使ってバルーンとステントを入れ、バルーンを広げることでステントを拡張させ、広がったステントを残してバルーンカテーテルを抜き取ることによって冠動脈の狭窄を改善させる治療法です。ステント表面から再狭窄を防ぐ薬剤が溶出するものもあります。

*2 経皮的冠動脈インターベンション（PCI）とは、腕や脚の血管からカテーテルを入れて、冠動脈内に到達させて治療する技術、治療法です。

【図表5-2-3-4】心筋梗塞等の心血管疾患に関連する統計

【図表5-2-3-4】心筋梗塞等の心血管疾患に関連する統計

	宮城県	全 国	出 典
メタボリックシンドローム該当者・予備群割合	31.4%	28.2%	「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（令和元（2019）年度）（厚生労働省）
心疾患総患者数（高血圧性のものを除く）（人口比）	37,000人 （1.6%）	1,732,000人 （1.4 %）	「平成29年患者調査」（厚生労働省）及び「人口推計」（平成29（2017）年10月1日現在）（総務省統計局）から算出
うち急性心筋梗塞総患者数（人口比）	1,000人 （0.04%）	47,000人 （0.04%）	
うち心不全総患者数（人口比）	8,000人 （0.3%）	336,000人 （2.7%）	
大動脈瘤及び乖離総患者数（人口比）	1,000人 （0.04%）	43,000人 （0.03%）	
心疾患による年間死亡者数（全死因に占める割合）	3,824人 （15.5 %）	205,596人 （15.0 %）	「令和2年人口動態統計」（厚生労働省）
うち急性心筋梗塞による年間死亡者数（全死因に占める割合）	360人 （1.5 %）	30,538人 （2.2 %）	
うち心不全による年間死亡者数（全死因に占める割合）	1,561人 （6.3%）	84,085人 （6.1%）	
大動脈瘤及び解離による年間死亡者数（全死因に占める割合）	340人 （1.4%）	18,795人 （1.4%）	
心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性 65.1 女性 30.9	男性 65.4 女性 34.2	「平成29年度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の概況」（厚生労働省）
うち急性心筋梗塞の年齢調整死亡率	男性 11.5 女性 5.3	男性 16.2 女性 6.1	
大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率	男性 7.7 女性 3.9	男性 6.4 女性 3.3	

2 医療提供体制の現状と課題

（1）病院前救護

- 急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、そして迅速な発症現場での心肺蘇生や自動体外除細動器（AED）等による電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが生命予後の改善につながります。
- 令和2（2020）年に県内で心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動がされた件数は、30件でした。徐々に増えていますが、今後もAED講習についてさらに多くの県民が受講するよう啓発が必要です。
- 急性大動脈解離は、外科的治療が必要となる場合が多いなど、急性期心血管疾患は、内科的治療、冠動脈インターベンション治療（PCI）、外科的治療等、疾患により主に必要とされる治療内容が異なるため、対応疾患に応じた治療が可能な医療機関に搬送する体制の確立が必要です。

（2）急性期治療

- 医療機関到着後30分以内にPCIや外科的治療など、速やかに疾患に応じた専門的な治療の開始が望めます。現在各医療圏には、PCIができる医療機関がありますが、心臓血管外科のある医療機関は、仙台医療圏に集中しており、急性期心血管疾患医療体制は医療圏ごとの地域格差が大きいことが分かります。

（3）回復期・維持期治療

- 回復期を視野に入れた急性期の治療後は、早期の心臓リハビリテーション、そして、かかりつけ医による基礎疾患や危険因子の管理の実施、再発予防のための定期的検査等によって、合併症や再発を予防する体制の整備が求められます。

- 慢性心不全の主な治療目標は、年齢、併存症の有無、心不全の重症度等により適切に設定される必要があります。状況によっては心不全に対する治療と連携した緩和ケアも必要とされます。特に心不全患者の大部分を占める75歳以上の高齢心不全患者の管理方針は、心血管疾患以外の要因も含めた、個々の患者の全体像を踏まえた上で検討する必要があります。

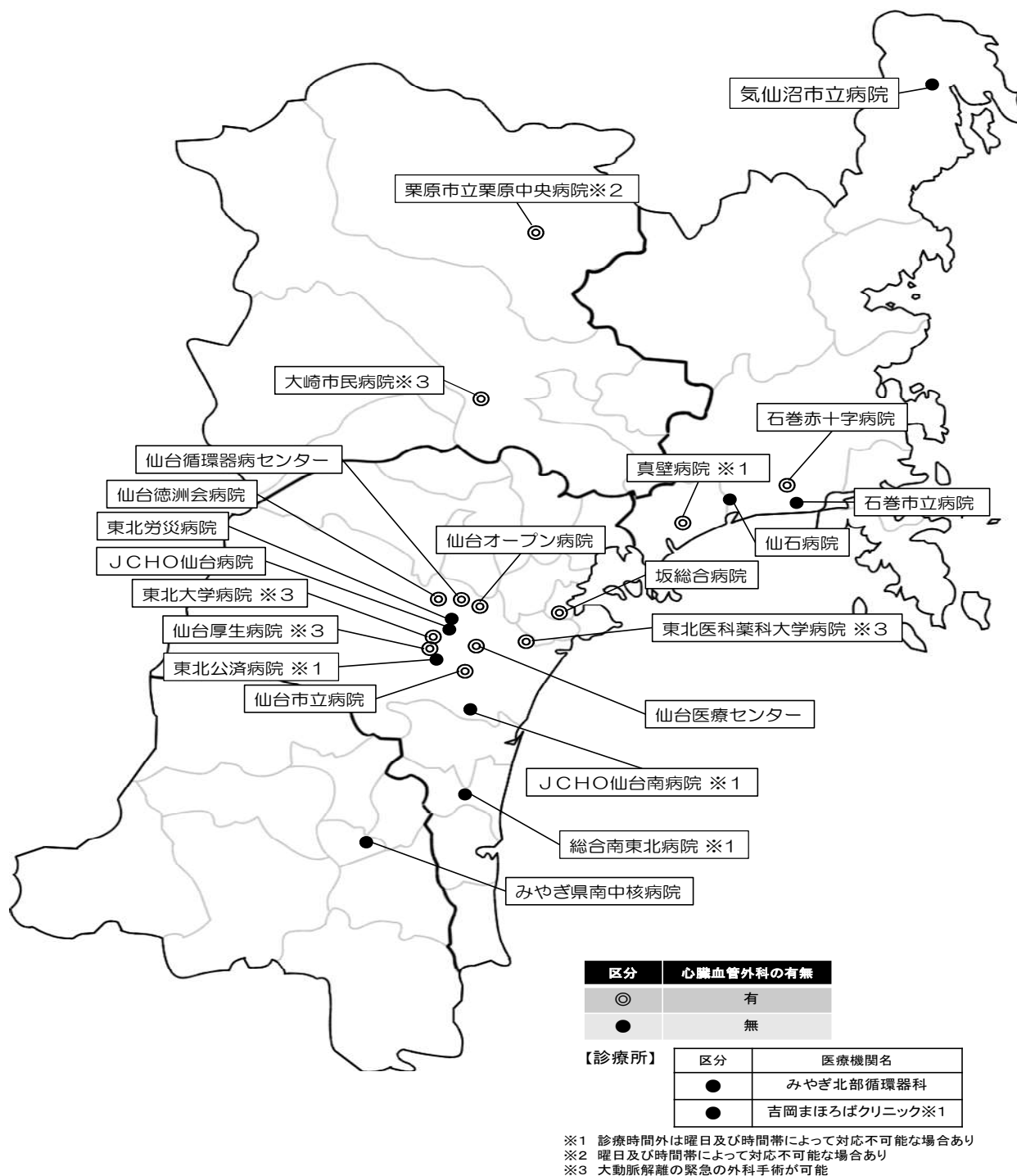
(4) 連携体制

- 患者情報の共有に基づく地域に応じた疾病管理を行いながら、介護・福祉を含めた多職種協働による円滑な治療・ケア体制の構築が求められます。
- また、終末期を迎えた患者については、総合的に症状を取り除く緩和ケアが行われる社会環境の整備が必要です。

心筋梗塞等の心血管疾患の医療機能の現況

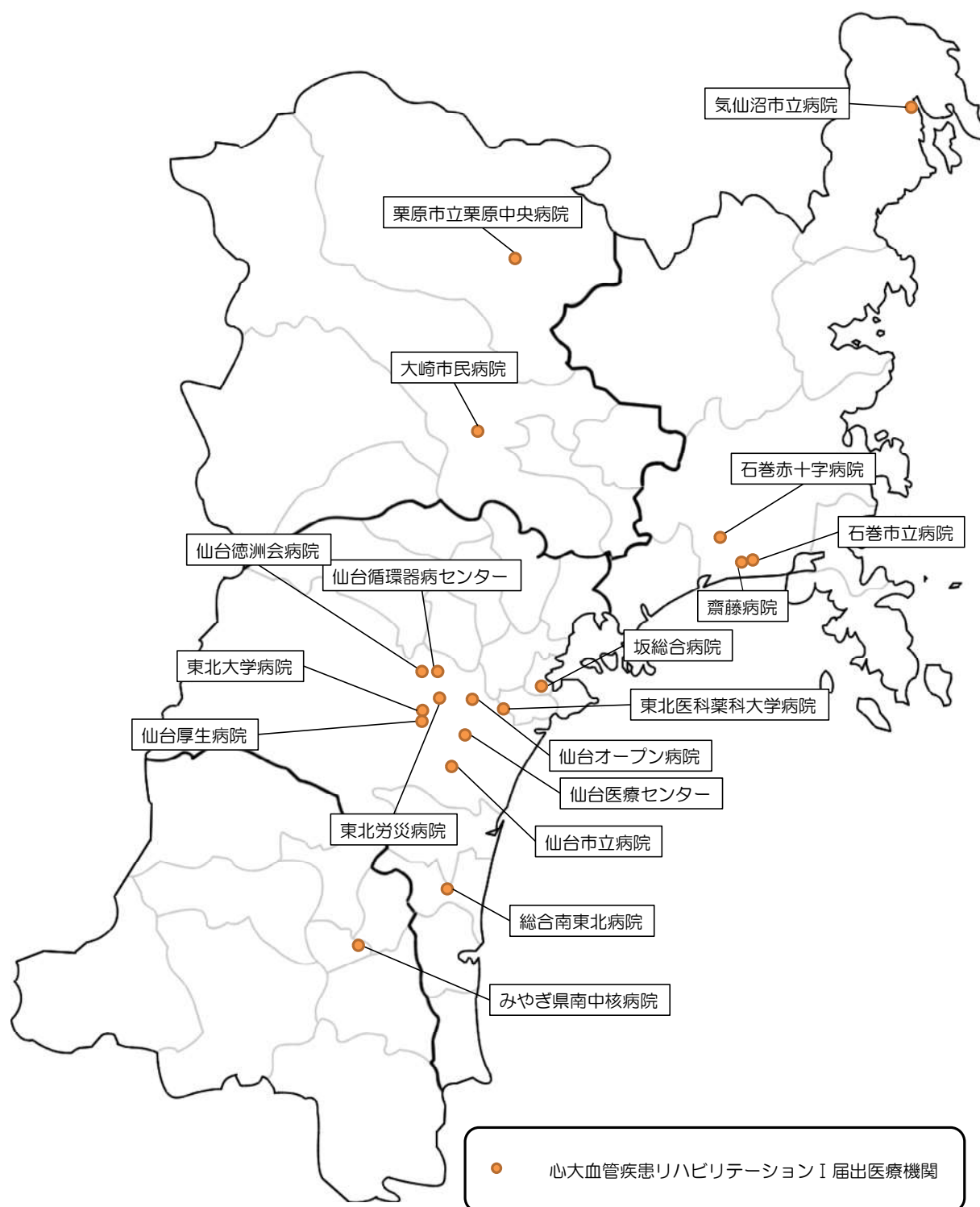
【図表5-2-3-5】心筋梗塞及びその類似疾患の治療が可能な医療機関

(類似疾患とは急性大動脈解離や肺塞栓症等の循環器系の緊急性が高い疾患を指します。)



出典：「救急搬送実施基準（令和2年11月一部改正）」（県復興・危機管理部）
 を基に県保健福祉部において作成

【図表5-2-3-6】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）

1 心血管疾患の予防

- みやぎ21健康プランと連携し、栄養・食生活、身体活動・運動、たばこ対策を重点的に取り組む分野として、メタボリックシンドローム該当者等の減少に資する健康づくり、発症予防に取り組みます。
- 県民が健康づくりのための生活習慣の改善等に取り組みやすい環境整備を推進するため、スマートみやぎ健民会議を核として、企業、医療関係団体、医療保険者、教育機関、行政等が連携した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ます。

2 発症後の速やかな救命処置実施と搬送体制

- 家族をはじめ、周囲の者による速やかな救急要請及び AED の使用を含めた救急蘇生法等の適切な処置の実施について、県民への啓発を推進します。
- 消防機関や日本赤十字社が実施する応急手当講習会への県民の受講を促進します。
- 疾患に応じて専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送を目指します。
 - ・ 県内のメディカルコントロール協議会の活動を通して、救急救命士のプロトコール（活動基準）に沿った適切な観察・判断・救命措置と、経皮的冠動脈インターベンション（PCI）や外科的治療等が可能な医療機関への直接搬送を推進します。
 - ・ 宮城県救急医療情報システムによる受入れ可能医療機関情報を提供します。

3 速やかな専門的診療と治療支援

- 医療機関到着後30分以内の専門的治療の開始を目標とし、救命率の向上を目指します。また、救急医療確保対策事業などを通して、地域の医療機関の連携による24時間体制での専門的治療の実施を推進します。
- なお、急性大動脈解離のような緊急の外科的治療が必要な疾患には、緊急の外科的治療が常時可能な医療機関が限られているため、より広域的な対応も視野に入れつつ、ドクターヘリの活用などにより速やかな専門的治療を受けられる体制づくりを目指します。
- 「12 誘導心電図伝送システム」については、大崎市民病院及びみやぎ県南中核病院並びに大崎及び仙南広域消防組合の全救急車に導入されています。東北大学病院循環器内科の協力を得て、心疾患が疑われる患者の心電図を搬送段階から病院へ心電図データを送信することで、心疾患の推測と受け入れ体制の準備を行うことを可能とし、心疾患患者の救命率の向上を目指します。

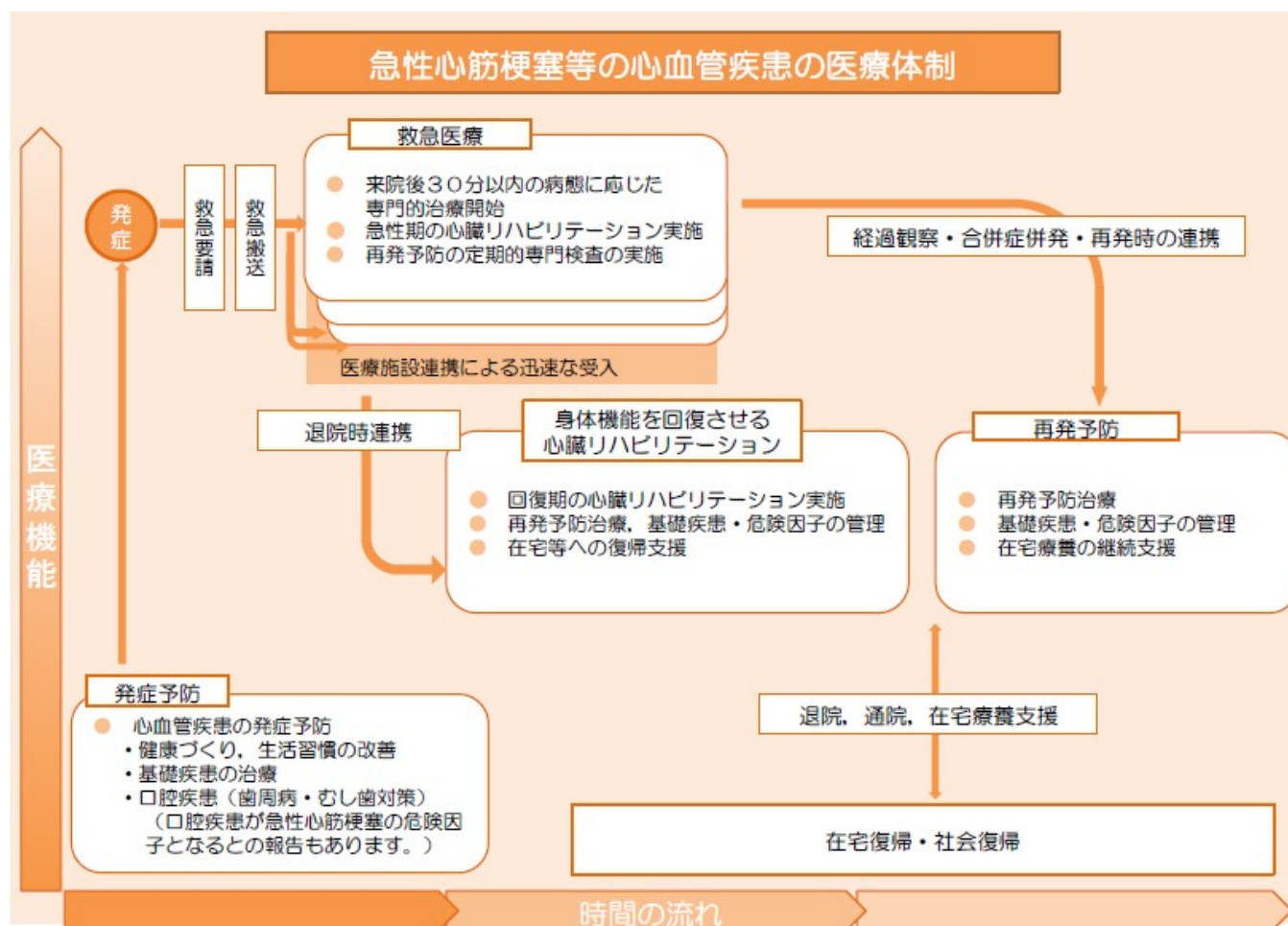
4 医療機関の機能分担の促進と医療機関間の連携の推進

- かかりつけ医と急性期医療機関との連携により、予防から、急性期、回復期、再発予防まで継続して提供できる医療体制の構築を目指します。
- 急性期医療機関（外科的対応可能な施設を含む）間の交流・連携を進め、各医療機関の機能分担等による急性期の心血管疾患治療の均てん化を目指します。
- ICTによる医療福祉情報ネットワークを活用するなど、地域の医療機関間、多職種間の連携を推進します。
- 宮城県心筋梗塞対策協議会の活動を通じた、急性期から回復期までの医療機関ネットワークの構築を促進します。
- 合併症や再発の予防、在宅・社会復帰のための心臓リハビリテーションの実施が可能な体制を目指します。
- 慢性心不全の患者に対する緩和ケア体制のあり方については、国において議論されており、医療機関間の連携も含めた緩和ケア体制のあり方について、国の検討等を注視していきます。

5 在宅療養の充実

- 在宅においても、急性心筋梗塞の再発防止、慢性心不全の急性増悪時への対応など、在宅医療を担う医療機関（病院、診療所、薬局など）間及び介護サービス事業所などとのネットワーク形成・連携を推進します。
- 口腔疾患が急性心筋梗塞の危険因子となる報告があることから、かかりつけ医療機関と歯科診療所等と連携した口腔疾患（歯周病・虫歯）の予防・治療実施を推奨します。
- 薬局においては、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行い、患者の服薬コンプライアンスを向上させ、医療機関に対する情報のフィードバックなどによる連携を強化し、発症予防や再発予防を推進します。

【図表5-2-3-7】



数値目標

指 標	現 況	2023年度末	出 典
メタボリックシンドローム該当者・予備群割合	31.4%	29.4%	「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（令和元（2019）年度）（厚生労働省）
心疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）	男性 65.1 女性 30.9	男性 60.9 女性 29.4	「平成29年度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の概況」（厚生労働省）
虚血性心疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）	男性 25.5 女性 9.5	男性 22.6 女性 8.7	

<急性心筋梗塞、大動脈解離、心不全について>

<p>急性心筋梗塞</p> <p>「冠動脈の閉塞」</p>	 <p>冠動脈の閉塞</p> <p>血栓</p> <p>プラークの増大</p> <p>心臓を栄養する血管（冠動脈）に、血栓などが急に形成され閉塞した結果、心筋に血液が届かなくなり、心筋が壊死に陥る状態。症状は、突然の胸痛が15分以上続く、意識が遠のくなど。</p>
<p>大動脈解離</p> <p>「大動脈が内と外に分離」</p>	 <p>Stanford A型</p> <p>Stanford B型</p> <p>大動脈壁が二層に剥離し、動脈走行に沿って二腔(真腔・偽腔)になった状態。解離に引き続く動脈の破裂による出血症状や、偽腔による動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等様々な症状を呈する。大動脈の解離範囲により、上行大動脈に解離があるStanford A型と、上行大動脈に解離がないStanford B型に分類される。症状は、突然の胸や背中の激痛、痛みが胸から腹・脚へと下向きに移るなど</p> <p>イラスト出典：Derek Juang et al. Circulation. 2008;118:e507-e510</p>
<p>心不全</p> <p>「ポンプ機能の低下」</p>	 <p>上大静脈</p> <p>大動脈</p> <p>肺動脈</p> <p>肺静脈</p> <p>左心房</p> <p>左心室</p> <p>右心房</p> <p>右心室</p> <p>様々な原因による心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来し日常生活に障害を生じた状態。症状は、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下など様々。</p>

第4節 糖尿病

【目指すべき方向性】

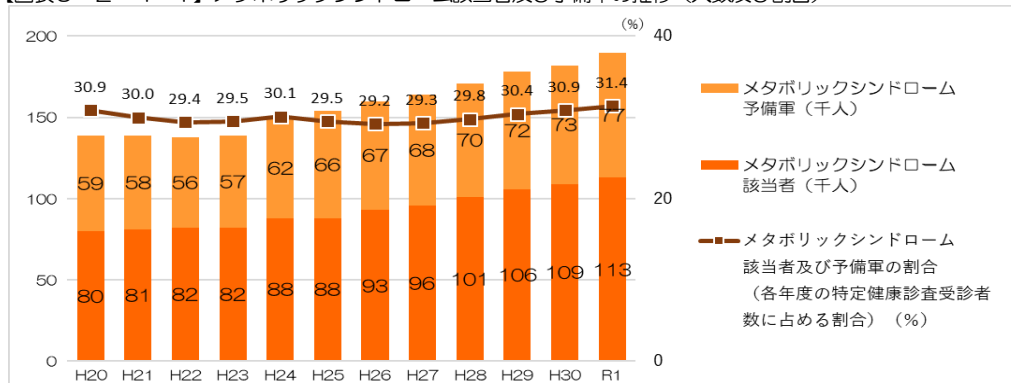
- 糖尿病患者の増加の抑制を目指し、メタボリックシンドローム該当者等の減少に資する健康づくり、発症予防に取り組みます。
- 糖尿病患者の合併症や重症化を防ぐことを目指し、糖尿病専門医とかかりつけ医の連携等を通じて糖尿病患者の的確な管理・治療体制の整備を図ります。

現状と課題

1 宮城県における糖尿病の現状

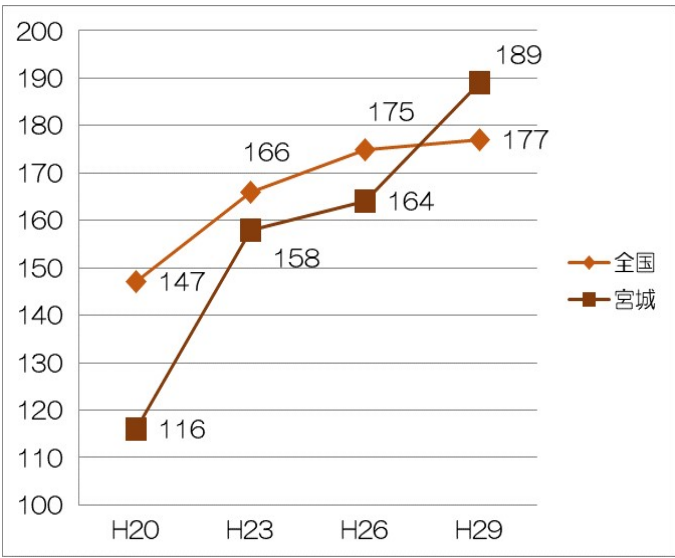
- 平成29（2017）年の患者調査によると、糖尿病の総患者数は、約6万8千人（推計人口の2.9％）でした。また、令和2（2020）年の総死亡数は24,632人でしたが、そのうち、糖尿病による死亡数は222人で、全死因に占める割合は0.9％でした。
- 平成27（2015）年の糖尿病の年齢調整死亡率は、男性は4.5、女性は1.8といずれも全国平均より低い値でした。
- 令和元年度特定健診結果によると、本県におけるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者は112,685人であり、割合は18.7％で、全国ワースト3位、予備群の該当者は77,086人であり、割合は12.8％で、全国ワースト9位となっています。両者を合わせた割合は31.4％で、沖縄県の35.1％に次いで全国ワースト2位となっており、今後、糖尿病発症者や重症者の割合が増加することが予想されます。
- 糖尿病受療率（外来：人口10万対）の3年ごとの年次推移をみると、平成23（2011）年度に急激な増加が見られ、これ以降、全国値に近づき、平成29（2017）年度には全国値を上回りました。
- 糖尿病は、自覚症状がないことが多く、健診受診や医療機関受診につながりにくいことが課題として挙げられます。放置されたまま、糖尿病網膜症や腎症、神経障害や血流障害によっておこる足病変などの糖尿病合併症の症状で受診し、はじめて糖尿病と診断される場合もあります。
- 令和2年度の糖尿病足病変による新規下肢切断術の件数は83件で、人口10万人当たり件数では全国値を下回っていますが、下肢切断は患者のQOLを著しく低下させます。
- 人工透析新規導入患者数の年次推移では、平成25（2013）年度の521人から令和2（2020）年度の651人と増加しています。また、新規導入患者のうち、糖尿病性腎症による者も236人から267人に増加するなど、重症化が進んでいます。
- 糖尿病の発症予防や早期受診による重症化予防のためには、糖尿病の病態、肥満や他疾患との関係についての正しい知識と、生活習慣の改善、健診を受けることの重要性について若年時からの啓発が必要とされています。

【図表5-2-4-1】メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の推移（人数及び割合）



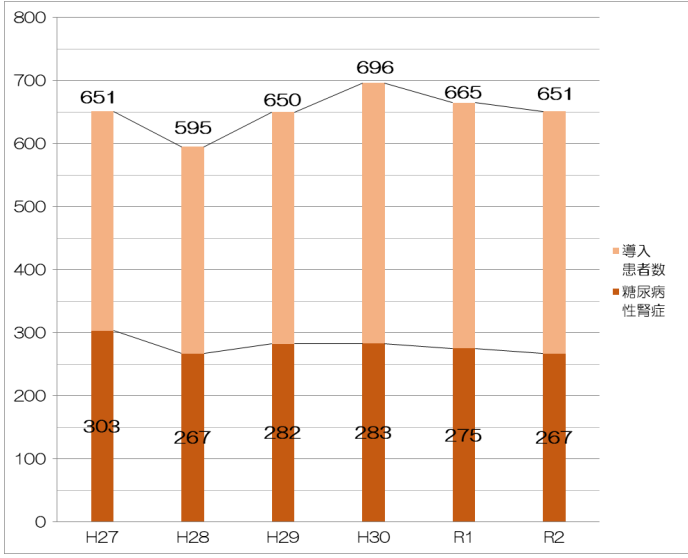
出典：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）

【図表5-2-4-2】糖尿病受療率（外来）人口10万対



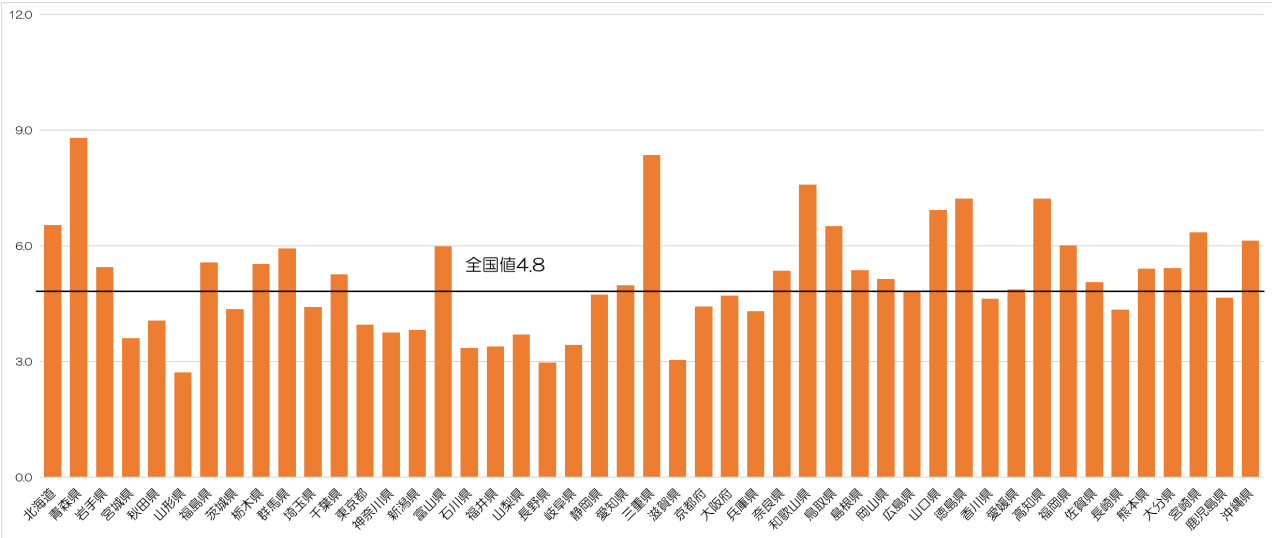
出典：「患者調査」（厚生労働省）

【図表5-2-4-3】人口透析新規導入患者数の推移



出典：わが国の慢性透析療法の現況（日本透析医学会）

【図表5-2-4-4】糖尿病患者の新規下肢切断術の件数（人口10万対）



出典：医療計画作成支援データブック（令和3年度版）（厚生労働省）

【図表5-2-4-5】糖尿病の患者の状況等

	宮城県	全 国	出 典
メタボリックシンドローム該当者・予備群割合	31.4%	28.2%	「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（令和元年（2019）年度）（厚生労働省）
糖尿病の総患者数（人口比）	68千人（2.9%）	3,289千人（2.6%）	「平成29年患者調査」（厚生労働省）及び「人口推計」（平成29（2017）年10月1日現在）（総務省統計局）から算出
1万人当たり患者数	292.7人	259.6人	「平成29年患者調査」（厚生労働省）及び「人口推計」（平成29（2017）年10月1日現在）（総務省統計局）から算出
糖尿病による年間死亡者数（全死因に占める割合）	222人（0.8%）	13,846人（1.0%）	「令和元年人口動態統計月報年計（概数）の概況」（宮城県版）（県保健福祉部）及び「令和元年人口動態統計」（厚生労働省）
糖尿病による年齢調整死亡率（人口10万対）	男 4.5 女 1.8	男 5.5 女 2.5	「平成29年度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の概況」（厚生労働省）

2 医療提供体制の現状と課題

(1) 重症化予防

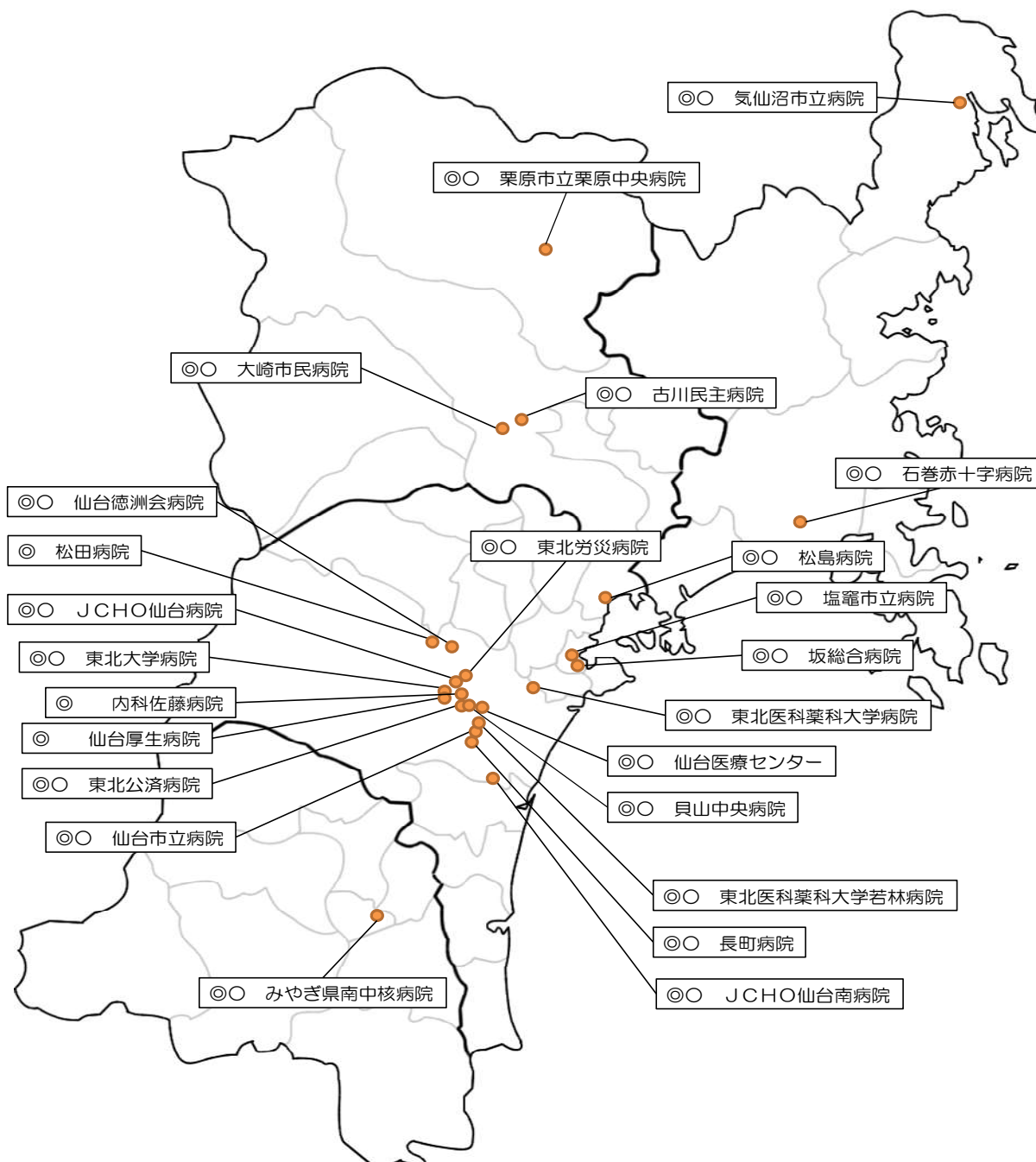
- 重症化を予防するためには、早期診断、適切な管理・治療が重要です。健診やあるいは他疾患による医療機関受診をきっかけとして、糖尿病の早期診断につながることもあり、あらゆる局面を活用して糖尿病の早期診断を推進することが課題となっています。
- 医療機関や健診で糖尿病といわれたことがあっても、治療しない、あるいは中断した人が少なからずいます。治療中断によって血糖コントロールが悪化することが知られており、医療機関においては、治療の中断を防止するために、糖尿病と診断された時点から患者に対して、糖尿病の病態や合併症に関する知識を分かりやすく説明したり、食生活、運動など生活習慣の改善の重要性について指導し、早期に栄養食事指導等専門的な療養指導を受けられるための人材育成等体制整備の取組を推進しています。
- 継続的な治療となることから、患者自身が治療のあり方について主体的に関わることで治療の中断防止、重症化予防にとって最も重要な要素となります。
- 健診後の保健指導の実施及び受診勧奨や治療中断時、在宅での治療支援など、保健・福祉行政、学校保健、産業保健、医療保険者等との円滑な連携体制も糖尿病の良好な管理、重症化予防を支えます。
- 日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省では、平成28（2016）年4月に「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、関係機関が適切な受診勧奨・保健指導を実施し、腎不全や人工透析への移行を防止する取組を推進しています。

(2) 医療提供体制の構築

- かかりつけ医と専門医との連携とともに、重症化予防を支える歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士などとのチームによる医療体制の構築が求められます。
- 歯周病は糖尿病の合併症の一つとしてあげられており、歯周病の治療や口腔のケアの実施によって歯周病を管理することが重要となります。
- 特に、合併症予防・QOL維持のために専門的な治療が必要となることが多い1型糖尿病に対しては、持続皮下インスリン注入療法（CSII）の管理が可能な専門的治療を行う医療機関の役割が重要です。

糖尿病の医療機能の現況

【図表5-2-4-6】糖尿病の医療提供体制



◎◎：専門的医療機関

1型糖尿病全般、2型糖尿病のうち、血糖コントロール困難者、中等度以上の合併症を保有する患者、高度肥満者、ステロイド使用中の患者、糖尿病性肝疾患に基づく糖尿病など、糖尿病専門医が診療する必要のある病態に対応可能な医療機関

◎：急性増悪時治療医療機関

糖尿病性ケトアシドーシス、高浸透圧性昏睡、低血糖性昏睡をはじめ、救急対応を要する糖尿病患者に対応可能な医療機関

【図表5-2-4-7】糖尿病の専門治療、急性増悪時治療を実施している医療機関

圏域	医療機関名	専門治療	急性増悪時治療
仙南	みやぎ県南中核病院	○	○
仙台	東北大学病院	○	○
	東北労災病院	○	○
	JCHO仙台病院	○	○
	東北公済病院	○	○
	仙台厚生病院	○	
	内科佐藤病院	○	
	貝山中央病院	○	○
	仙台医療センター	○	○
	東北医科薬科大学病院	○	○
	仙台市立病院	○	○
	東北医科薬科大学若林病院	○	○
	JCHO仙台南病院	○	○
	宮城厚生協会長町病院	○	○
	松田病院	○	
	仙台徳洲会病院	○	○
大崎・栗原	塩竈市立病院	○	○
	宮城厚生協会坂総合病院	○	○
	松島病院	○	○
大崎・栗原	大崎市民病院	○	○
	宮城厚生協会古川民主病院	○	○
	栗原市立栗原中央病院	○	○
石巻・登米・気仙沼	石巻赤十字病院	○	○
	気仙沼市立病院	○	○

【図表5-2-4-8】糖尿病に係る教育入院を実施している医療機関数（平成28年）

二次医療圏	病院				一般診療所			
	調査数*	教育入院＋ 日帰り教室	教育入院 のみ	日帰り教室 のみ	調査数*	教育入院＋ 日帰り教室	教育入院 のみ	日帰り教室 のみ
仙南医療圏	10	1	2	0	97	0	0	2
仙台医療圏	74	12	13	4	946	1	2	15
大崎・栗原医療圏	25	4	6	3	153	0	2	2
石巻・登米・気仙沼 医療圏	22	4	6	0	186	0	0	3
計	131	21	27	7	1,382	1	4	22

出典：「平成28年度宮城県医療機能調査」（県保健福祉部）

*調査数は回答のあった医療機関数

1 メタボリックシンドローム対策による健診、保健指導の勧奨による発症予防

- みやぎ21健康プランと連携し、栄養・食生活、身体活動・運動、たばこ対策を重点的に取り組む分野として、メタボリックシンドローム該当者等の減少に資する健康づくり、糖尿病の発症予防に取り組みます。
- 各医療保険者が、特定健診等での糖尿病の予備群、有病者の早期発見と効果的な保健指導の実施及び受診勧奨等の対策を実施しやすいように、人材育成などの支援を行います。
- 市町村や医療保険者において、健診後の受診の状況やデータが悪化している者の把握に努め、県においては宮城県糖尿病対策推進会議と連携し、重症化予防のための対策を支援します。
- 県民が健康づくりのための生活習慣の改善等に取り組みやすい環境整備を推進するため、スマートみやぎ健民会議を核として、企業、医療関係団体、医療保険者、教育機関、行政等が連携した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ます。

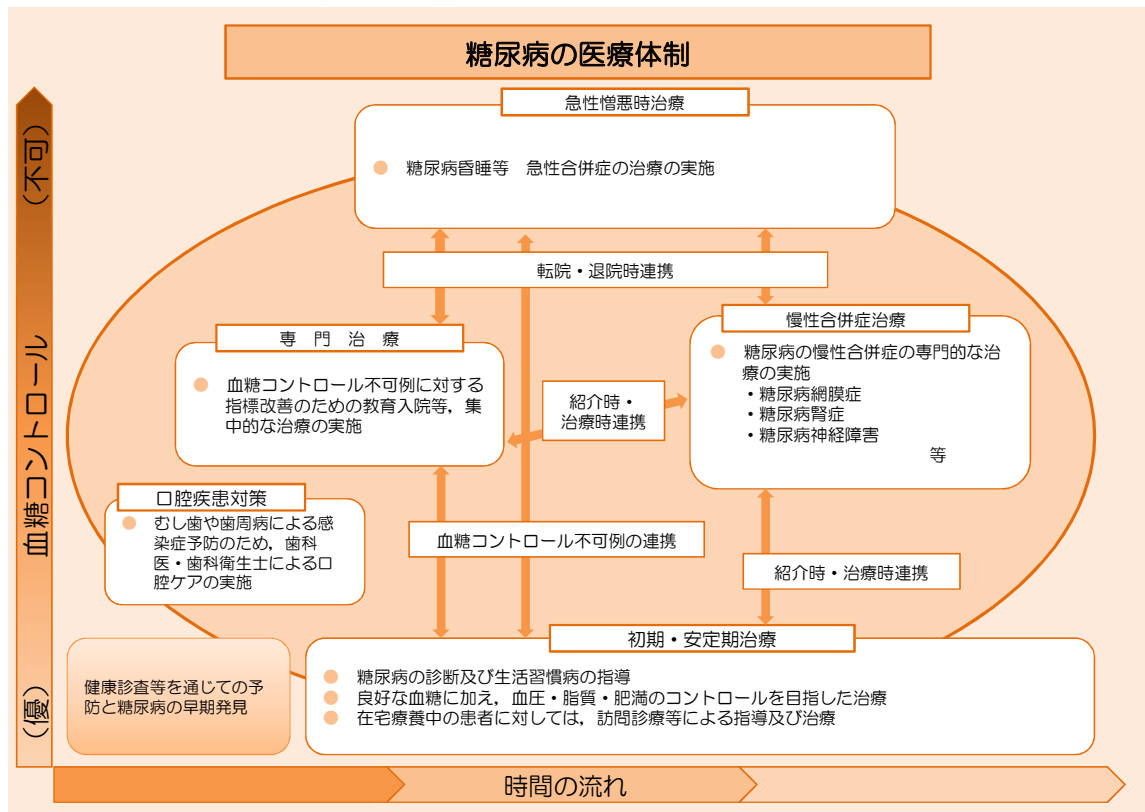
2 発症初期及び安定期における治療並びに重症化・合併症予防体制

- 県において、宮城県糖尿病対策推進会議等の協力の下、「宮城県版糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、医療保険者や医療機関をはじめとした各関係機関が連携して受診勧奨や保健指導等を実施する体制整備を図り、人材育成等、糖尿病性腎症重症化予防の取組を推進します。
- 糖尿病専門医・腎臓専門医とかかりつけ医の連携や専門医間の連携を構築し、糖尿病患者の的確な管理・治療体制の整備を図ります。
- 薬局においては、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行い、長期にわたる確実な服薬を支援することで、服薬コンプライアンスを向上させ、医療機関に対する情報のフィードバックなどによる連携を強化し、治療の継続、重症化予防を推進します。
- 医科歯科連携による口腔のケアの指導、歯周病の治療によって、糖尿病の重症化予防を推進します。

3 専門治療・急性増悪時治療・慢性合併症治療体制

- ICTによる医療福祉情報ネットワークの活用などにより、コントロール不可患者の治療、急性増悪時治療・慢性合併症治療医療機関との相互の連携を促進することによって、速やかに必要な治療が受けられる体制を目指します。

【図表5-2-4-9】本県の糖尿病の医療体制



数値目標

指 標	現 況	2023年度末	出 典
メタボリックシンドローム該当者・予備群割合	31.4%	29.4%	「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（令和元（2019）年度）（厚生労働省）
宮城県糖尿病療養指導士数	610人	850人	宮城県糖尿病療養指導士認定委員会
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	267人	280人以下を維持	「わが国の慢性透析療法の現況」（令和2（2020）年）（日本透析医学会）

<HbA_{1c}について>

HbA_{1c}は、患者の過去1～2ヶ月の平均血糖値を反映し、血糖コントロールの指標として用いられ、糖尿病の診断にも使用されます。

（参考）糖尿病診療に用いる各種判定値・基準値・目標値

※血糖コントロールの目標は、年齢、罹患期間、合併症の状態、サポート体制等を考慮して、個別に設定することが望ましいとされています。

	6.0%	7.0%	8.0%
血糖コントロールの目標	血糖正常化を目指す際の目標 6.0%未満	合併症予防のための目標 7.0%未満	治療強化が困難な際の目標 8.0%未満
糖尿病診断に用いる場合	将来の糖尿病の発症リスク高 5.6%～5.9%	糖尿病の疑いが否定できない 6.0%～6.4%	診断基準 6.5%以上
特定健康診断項目の判定値	保健指導レベル 5.6%以上		受診推奨レベル 6.5%以上

出典：「糖尿病治療ガイド2016-2017」（日本糖尿病学会）及び「標準的な検診・保健指導プログラム【改訂版】」（厚生労働省）より作成

第5節 精神疾患

【目指すべき方向性】

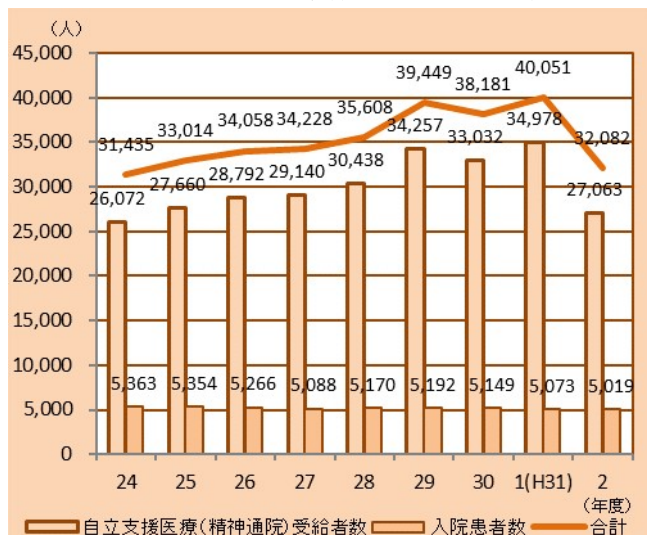
- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるように、精神科医療機関やその他の医療機関、地域援助事業者、保健所、市町村などが連携することで、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加、教育などを包括的に確保する「地域包括ケアシステム」の構築を目指します。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、不安障害、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患に対応した患者本位の医療の実現が図られるように、医療機関、保健所、市町村などの連携体制を整備します。

現状と課題

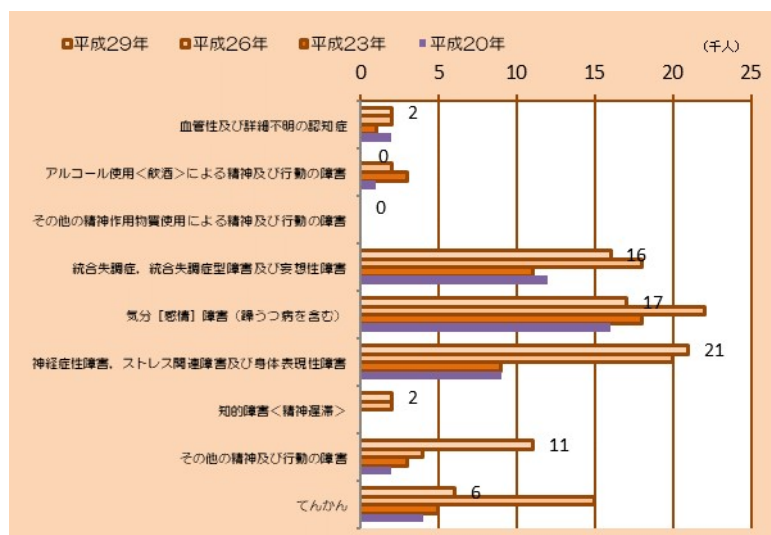
1 宮城県の精神疾患とこころの健康の現状

- 精神疾患は、統合失調症のほか、うつ病や不安障害、高齢化の進行により急増している認知症等も含んでおり、多様な症状が見られる疾患です。また、あらゆる年齢層の誰でもなり得る疾患であり、国民の4人に1人が生涯でうつ病等の何らかの精神障害を経験しているとされます。^{*1} 県内でも、近年の社会生活環境の変化等から県内の精神科病院や精神科診療所に掛かる精神疾患患者数は年々増加しています。疾患別にみると、神経症性障害・ストレス関連障害が最も多く、次いで気分（感情）障害（躁うつ病を含む）、統合失調症が多くなっています。^{*2}
- 性別・年齢階級別の受療率をみると、男女とも年齢とともに増加傾向にありますが、男性では65～74歳、女性では75歳以上で数値が高くなっています。
- 令和元年国民生活基礎調査で、悩みやストレスありと回答した人の割合は、県で50.6%であり、全国の47.9%を上回っています。（47都道府県中2番目に高い）
- 宮城県における精神疾患とこころの健康の現状については、関係機関が連携することにより、東日本大震災や社会情勢の影響も含め、多角的に実態を把握して、対策を立てることが必要です。

【図表5-2-5-1】宮城県の精神疾患患者数の年次推移



【図表5-2-5-2】宮城県の疾患別患者数



出展：「令和2年度宮城県精神科入院医療機関状況調査」（県保健福祉部）

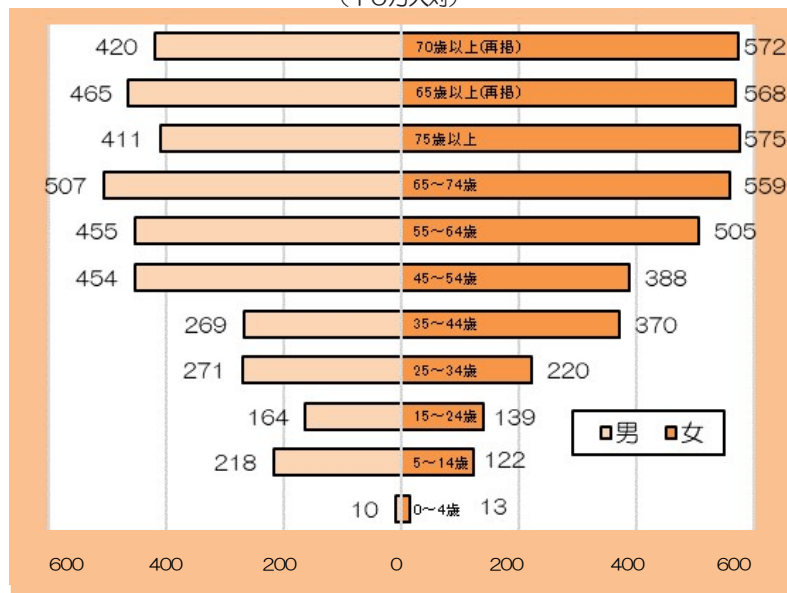
出典：「患者調査（平成20・23・26・29年）」（厚生労働省）^{*3}

*1 厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（研究代表者 川上憲人）（平成18（2006）年度）

*2 平成29年患者調査（厚生労働省）

*3 平成23年患者調査は、石巻医療圏及び気仙沼医療圏を除いた数値です。

【図表5-2-5-3】宮城県の精神疾患患者の性別・年齢受療率
(10万人対)



出典：「平成29年患者調査」(厚生労働省)

【図表5-2-5-4】国民生活基礎調査結果

順位	都道府県名	悩みやストレスありと回答した割合(%)
1	滋賀	50.9
2	宮城	50.6
3	東京	50.5
4	京都	49.6
5	鳥取	49.4
6	大阪	49.3
7	奈良	49.3
8	島根	49.3
9	長野	49.3
10	神奈川	49.2
11	岡山	48.6
12	新潟	48.6
—	全国平均	47.9

出典：「令和元年国民生活基礎調査」(厚生労働省)

2 医療提供体制の現状と課題

(1) 相談・普及啓発の取組について

- こころの健康は、からだの健康とともに保持・増進していくことが望ましく、早期に対応することが重要です。しかし、精神疾患は症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があり、症状が比較的軽いうちには精神科を受診せず、症状が重症化してから初めて精神科病院や精神科診療所を受診することも少なくありません。重症化してしまうと、長期の入院が必要となってしまう場合もあります。そのため、不調を感じた本人や家族が早期に相談や受診ができる体制を整備することが必要となっています。
- また、本人や周囲の精神疾患に対する偏見を払拭し、病気を正しく理解することに加え、ストレスや気分障害へのセルフケアも必要とされます。
- 市町村や保健所、精神保健福祉センターでは、電話や面接、家庭訪問等によりこころの問題や精神疾患に関する本人や家族、関係者の相談にに応じているほか、うつ病や精神疾患に関する研修会や講演会などの啓発活動を行っています。市町村や保健所、精神保健福祉センターが令和2(2020)年度に実施した面接・訪問相談件数は延べ34,707件、普及啓発のための教室等の開催回数は517回、参加者数は延べ3,345人となっています。^{*1}
- 市町村や保健所、精神保健福祉センターにおける相談は、原則として平日日中の対応となっており、平日夜間や土曜日・日曜日・祝日・年末年始は、県や仙台市による夜間相談電話(医療相談を除く)で対応しているほか、民間相談機関による電話相談等が活用されています。

(2) 入院患者の地域移行について

- 精神疾患は、全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりが必要であり、入院が長期化しないような退院支援体制の構築や入院が長期にわたる精神障害者の地域移行を進めることが望まれます。
- 県内で、精神病床のある病院は36病院(うち精神病床を有する一般病院は4病院)、総病床数は6,124床、その他精神科を標榜する病院・診療所は108ヶ所、心療内科を標榜する病院・診療所(精神科標榜を除く)は17ヶ所となっています。^{*2}

*1 「令和2年地域保健・健康増進事業報告」「令和2年度衛生行政報告例」(厚生労働省)(厚生労働省)

*2 「宮城県病院名簿、診療所名簿(令和3年10月1日現在)」(県保健福祉部)

ただし、精神病床のある病院から自衛隊病院は除いています。それ以外の精神科または心療内科を標榜する病院・診療所については、介護施設、企業等の診療室等の医療機関は除いています。

- 人口10万人当たりの精神病床数は266.7で、全国平均257.2を上回っています。^{*1}
- 平成29（2017）年の退院患者の平均在院日数は127.5日で、全国平均282.3日より短くなっています。^{*2} また、精神病床における入院後の退院率を見ると3ヶ月時点で59%、6ヶ月時点で77%、12ヶ月時点で86%であり、いずれも全国値を下回っています。^{*3}
- 精神科病院に長期間入院されている患者が、住み慣れた地域で安心して生活していくためには、家族関係の調整や患者を含めた家族全体への支援の充実とあわせ、精神疾患や精神障害に対する地域の理解促進を図るとともに、地域での受入先となる精神疾患にも対応したグループホーム等の住まいの場の確保、居宅介護などの訪問系サービスや通所系サービスの充実、住まいに近い地域で安心して外来診療を受けられる精神科病院や精神科診療所の存在に加え、往診や精神科訪問看護、デイケアなど患者のニーズに応じた医療の充実が求められています。また、精神科病院や精神科診療所などの医療機関や地域援助事業者、保健所、市町村などの保健・医療・福祉の三者が連携し、実態の把握、方針の立案と実施、評価を行う協議の場を活用するとともに、人材の育成にあたる必要があります。
- 地域移行については、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標を定める第6期宮城県障害福祉計画、介護保険事業支援計画（第8期みやぎ高齢者元気プラン）との協調を図ることが求められています。

【図表5-2-5-5】県内の精神科病院・精神科診療所数

	仙台 市内	仙南 保健所 管内	塩釜 保健所 管内	大崎 保健所 管内	栗原 保健所 管内	石巻 保健所 管内	登米 保健所 管内	気仙沼 保健所 管内	合計
精神科病床を有する病院	16	3	7	4	1	2	1	2	36
うち一般病院	4	0	0	0	0	0	0	0	4
上記を除く精神科を標榜する病院 （外来診療）	8	2	1	2	1	1	0	1	16
上記を除く心療内科を標榜する病院 （外来診療）	0	0	2	0	0	0	0	1	3
精神科を標榜する診療所	61	2	16	4	0	6	1	2	92
上記を除く心療内科を標榜する診療所	9	0	1	0	0	4	0	0	14

*「宮城県病院名簿、診療所名簿（令和3年10月1日現在）」（県保健福祉部）

ただし、精神病床のある病院から自衛隊病院は除いています。それ以外の精神科または心療内科を標榜する病院・診療所については、介護施設、企業等の診療室等の医療機関は除いています。

（3）精神科救急医療体制について

- 精神科救急医療体制については、精神症状の急激な悪化等により、緊急な医療を必要とする方のため、土曜日の日中（午前9時～午後5時）は、精神科救急医療機関26病院のうち1日1病院、日曜日・祝日の日中（午前9時～午後5時）は、精神科救急医療参加病院26病院のうち1日2病院が当番病院として対応しています。通年夜間については、平成31年1月から午後5時から翌9時まで時間を拡充し、宮城県立精神医療センターが対応しています。
- 精神科救急情報センターを設置（通年：午後5時～翌9時、土・日・祝日：午前9時～午後5時）し、精神科救急医療の必要な方に適切な医療が提供されるよう判断・調整の機能を担っています。
- また、精神医療相談窓口を設置（通年：午後5時～翌9時、土・日・祝日：午前9時～午後5時）し、本人、家族、医療機関等からの相談を受け、必要に応じて医師の助言を得て、精神科医療の必要性を判断し、適正な助言、指導等を行っています。
- 現在の宮城県立精神医療センターや精神科救急医療参加病院による精神科救急医療体制を拡充し、緊急な医療を必要とされる方が円滑に治療をうけられるよう24時間365日体制の充実に向けた整備が必要となっています。
- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号、以下「精神保健福祉法」という。）においては、措置診療のための指定医の確保や入院先の保護室の確保が課題となっています。

*1 「令和2年医療施設調査」（厚生労働省）

*2 「平成29年患者調査」（厚生労働省）

*3 ReMHRAD 平成30年サマリー

（４）身体合併症治療について

- 身体疾患治療に必要な精神疾患患者については、精神病床を有する一般病院（４病院）において、身体疾患を治療する科と精神科の連携により総合的な治療が提供されているほか、一部の精神科病院において専任の内科医等を配置するなどにより対応しています。しかしながら、対応できる医療機関が仙台圏に偏在しており、身近な医療機関での対応が困難な状況となっています。医療体制の整備として精神病床を有する一般病院や地域の中核病院と精神科病院や精神科診療所との連携推進が求められています。

（５）多様な精神疾患について

①統合失調症

- 統合失調症は継続服薬が必要な疾患であることから、服薬の中断防止や、在宅での治療継続のために、市町村や保健所の保健師が訪問するほか、精神科病院や精神科診療所による訪問診療や、訪問看護ステーションによる訪問看護などが行われています。
- 患者数が増えていることや地域移行が進むことにより、在宅で継続治療を受ける機会が増えることが予想されるため、精神科病院や精神科診療所と、訪問看護ステーション、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所等とが、円滑に連携を図り社会復帰を支援する体制がより重要となります。
- 治療抵抗性統合失調症治療薬については、普及が進んでいる諸外国では、２５～３０％の使用実績があるとされますが、国内では一部医療機関を除いて低い使用率にとどまっています。
- 本県の場合、全国と比較しても普及が進んでいない状況にあります。^{*1}使用に当たっては、副作用への対策として血液内科との連携が必要となります。

②うつ病・躁うつ病

- うつ病は、精神疾患のうち最も多い疾患であり、アルコール依存症との併存も認められるほか、自死の原因となる健康要因の一つであることから、早期発見・早期治療について広く取り組む必要があります。
- 発症の初期は身体症状等から始まることが多く、精神科以外の医療機関を受診されることが多いことから、正確な診断と状態に応じた医療の提供のために、精神科以外の医療機関での対応力向上を図る研修や精神科医療機関との連携が必要です。
- また、回復期には、社会復帰（復学・復職・就職等）に向けた支援の提供のために、関係機関の連携が求められます。

③認知症

- 高齢化の進行に伴って急増していく認知症の早期発見・早期対応のため、県では、認知症医療連携のキーパーソンである認知症サポート医の養成や、かかりつけ医を始めとして、歯科医師、薬剤師、看護職員、その他一般病院に勤務する職員等を対象とした認知症対応力向上研修を実施しています。
- 認知症の専門的医療の提供と地域連携体制の中核となる医療機関として、認知症疾患医療センターを指定しています。（令和３（２０２１）年４月時点で１１ヶ所：県指定７ヶ所、仙台市指定４ヶ所）
- しかしながら、依然として認知症に対する偏見や周囲に知られたくないという思いから専門医療機関への受診を控えてしまい、症状が出現してから治療開始までの期間が長くなり、問題が複雑化する場合があるため、早期発見・早期対応の体制充実と合わせて、県民の認知症への正しい理解を広める必要があります。
- また、在宅や施設など、認知症の人があらゆる生活の場で適切な医療とケアを受けるためには、医療機関同士の連携や、医療・介護・福祉の相互の連携が重要となります。

④児童・思春期精神疾患

- 児童・思春期の相談は、身近な市町村や保健所の保健師が受ける場合がありますが、発達障害やうつ・統合失調症の初期段階など速やかに医療につなげる必要がある事例も見られることから、早期に相談できる体制づくりが必要です。
- 精神保健福祉センターでは、市町村や関係機関を対象に、思春期問題等に関する相談支援技術の向上を図るための研修や、若年者のメンタルヘルス対策の研修を実施しています。

* 1 厚生労働行政推進調査事業費補助金「障害者政策総合研究事業（精神障害分野）精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」

- 子ども総合センターが運営する子どもメンタルクリニックでは、不登校、ひきこもり等の心の問題を有する児童の相談、診療のほか、保護者への相談を行っています。
- また、ひきこもり者の支援については、保健福祉事務所でひきこもり相談を実施しているほか、ひきこもり地域支援センターを設置し、市町村、関係機関と連携しながら、本人やその家族に対して相談支援を実施していますが、自立支援に向けて、本人の居場所づくりや就労支援などにつなげる必要があります。

⑤発達障害

- 発達障害については、主に発達障害者支援センターにおいて、本人・家族への相談に対応するほか、関係者へのコンサルテーションを行うとともに、複数の医療機関で診断や治療にあたっていますが、対応可能な医療機関数も十分とはいえず、初診までに時間を要し、また、診断後の支援体制の強化も必要となります。
- 発達障害の支援体制の充実に向け、発達障害の診断や診療について、どの地域でも一定水準の医療を受けられるようにするために、専門医の確保やかかりつけ医等における発達障害の診断や診療のスキルアップが必要となります。

⑥依存症

- 震災後、特に被災沿岸市町において、アルコール関連問題への相談者数が増加したことから、保健所での相談体制を拡充し、専門相談や家族教室等を実施しています。また、精神保健福祉センターでは、患者や家族に関わる支援者の技術が高まるよう研修会を開催しているほか、アルコール、薬物、ギャンブル依存等のための集団プログラムなどを実施しています。
- アルコール等依存症専門医療機関による従来の重症者への治療とあわせ、幅広く医療・保健機関が取り組む予防対策が重要となっています。また、アルコール摂取による健康障害が内科疾患から現れる場合が多いことから、医療機関相互の連携が必要となります。なお、問題が顕在化した後の家族関係や社会的・経済的な影響が大きい事例も少なくないため、医療に限らない多職種・多機関との連携も重要となります。

⑦高次脳機能障害

- 東北医科薬科大学病院を高次脳機能障害拠点病院、宮城県リハビリテーション支援センターを高次脳機能障害支援拠点機関として指定し、相談支援や専門的評価等を行っています。
- 高次脳機能障害者が、医療機関から在宅へ、また在宅から社会参加へとスムーズに移行できるようにするための支援体制づくりが必要となります。

⑧摂食障害

- 摂食障害は、病気を理解し、早期に医療につなげるための体制づくりが必要です。
- 摂食障害を診療する医療機関は県内に少なく、また、摂食障害の患者は身体合併症を持つことから、総合病院や内科、小児科医などの連携による診療体制を構築することが必要となります。
- 県では、平成27（2015）年度から東北大学病院を「摂食障害治療支援拠点病院」として指定し、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発や、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への相談支援のほか、関係機関との地域連携支援体制の構築に向けた調整を行ってきました。

⑨てんかん

- てんかんは、身近な医療機関に専門医がいないことや、小児科、脳神経外科、神経内科など精神科を標榜する医療機関以外で診療されることが多く、医療機関によって診療の内容も異なる場合があります。
- 周囲の病気への理解不足から、就労や日常生活への支障が出る場合があるため、病気への理解を図る必要があります。
- 県では、平成27（2015）年度から東北大学病院を「てんかん診療拠点病院」に指定して、てんかんに関する知識の普及啓発、患者や家族の相談支援及び治療、他医療機関への助言・指導、医療従事者等への研修などを行ってきました。

(6) 自死対策について

- 県内の自殺者数は、減少傾向にありますが、依然として年間400人を超える方が亡くなっている状況にあります。また、年齢階級別死因では、39歳以下の若年層で自死の割合が最も高くなっています。

- 自死の背景としては、うつ病等のこころの問題をはじめ、様々な要因があることから、医療機関のみならず、学校、弁護士会、NPO法人、ハローワーク、行政機関等において、相談や普及啓発等に取り組んでいます。効果的に対策を進めるためには、各関係機関の連携を図ることが重要であり、精神保健福祉センター内に自死対策の専用相談窓口を設置して個別相談に対応するとともに精神保健推進室と精神保健福祉センターを自死対策推進センターと位置づけ、地域や関係機関と連携した取組の推進を図っています。
- 救急医療機関と精神科との連携や、救急医療機関と地域との連携を強化するなど自殺未遂者の対策や、若年者の自死対策が重要となります。

(7) 災害精神医療について

- 県内で大規模な自然災害又は事故（以下「大規模災害等」という。）が発生した場合や、県外で大規模災害等が発生し、災害対策基本法（昭和36年法律第223号）の規定に基づく派遣要請があった場合に、被災地における精神科医療活動等の総合調整や精神保健活動の支援等を行うため、宮城県災害派遣精神医療チーム調整本部を設置します。調整本部は、被災情報の収集のほか、宮城県災害派遣精神医療チーム（以下「宮城DPAT^{*1}」という。）の派遣の決定等を行います。
- 宮城DPATは、宮城県災害派遣医療チーム、医療救護班などと連携し、被災した精神科医療機関に対する支援や、被災により精神的な問題を抱えた住民への相談などの活動を行います。
- 県では、仙台市と宮城DPATに関する協定を締結しており、県と市が協同で活動することとしています。
- 宮城DPATのうち、発災初期に対応するチームを「宮城DPAT先遣隊」とし、宮城県立精神医療センターを登録しています。
- DPATの体制整備と並行して、全県の精神医療従事者の災害への備えを進めることも必要となっています。

(8) 医療観察法における対象への医療について

- 平成17（2005）年7月に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」が施行されており、同法で規定する指定通院医療機関は、令和3年4月現在、県内に12病院、4診療所、10訪問看護ステーションがあります。^{*2}
 なお、指定入院医療機関は県内にはありません。
- 保護観察所を中心として、医療機関や市町村・保健所、地域の関係者により、社会復帰に向けて、本人が自分の体調を把握し、病状の改善に取り組みながら、生活できるように、治療や対応について個別支援会議を開催し支援を行っています。

3 東日本大震災とこころの健康

- 東日本大震災の影響から、うつ病や、アルコール依存症等の精神疾患を招くことが、依然懸念されています。
- 令和元年国民生活基礎調査によると、不安、抑うつ症状を測定する指標であるK6が「気分・不安障害相当」とされる10点以上の割合は、県10.9%となっており、全国9.5%より高く、平成25（2013）年調査11.5%よりは改善されていますが、震災前の水準（平成22（2010）年9.4%）には回復していません。
- 県では、長期的にこころのケアが必要であると考え、平成23（2011）年12月にみやぎ心のケアセンターを設置し、被災者等に対するきめ細かな支援体制を整備してきたほか、平成28（2016）年からは、同センターに子どもの心のケア事業を委託し、子どもから大人までの切れ目のない支援を行っています。
- みやぎ心のケアセンターでは、市町村や保健所、精神保健福祉センター等関係機関とも連携して支援を実施しています。

*1 災害派遣精神医療チーム Disaster Psychiatric Assistance Teamの略称です。

*2 厚生労働省HP（指定通院医療機関の指定状況：令和3年4月1日）

- 被災から9年が経過し、被災者の生活環境の整備や地域のコミュニティ再生などが進んでいますが、転居後の環境変化によるこころの問題やアルコール等関連問題の増加のほか、単身高齢世帯の増加による孤立化に対して支援が求められています。また、それらに伴い相談支援者の育成及び支援が重要となっています。
- なお、みやぎ心のケアセンターは令和7年度で活動を終了することから、市町村や県機関のほか、医療機関、地域援助事業者などとも情報を共有し、連携して取組を進めることが求められます。

精神疾患の医療機能の現況

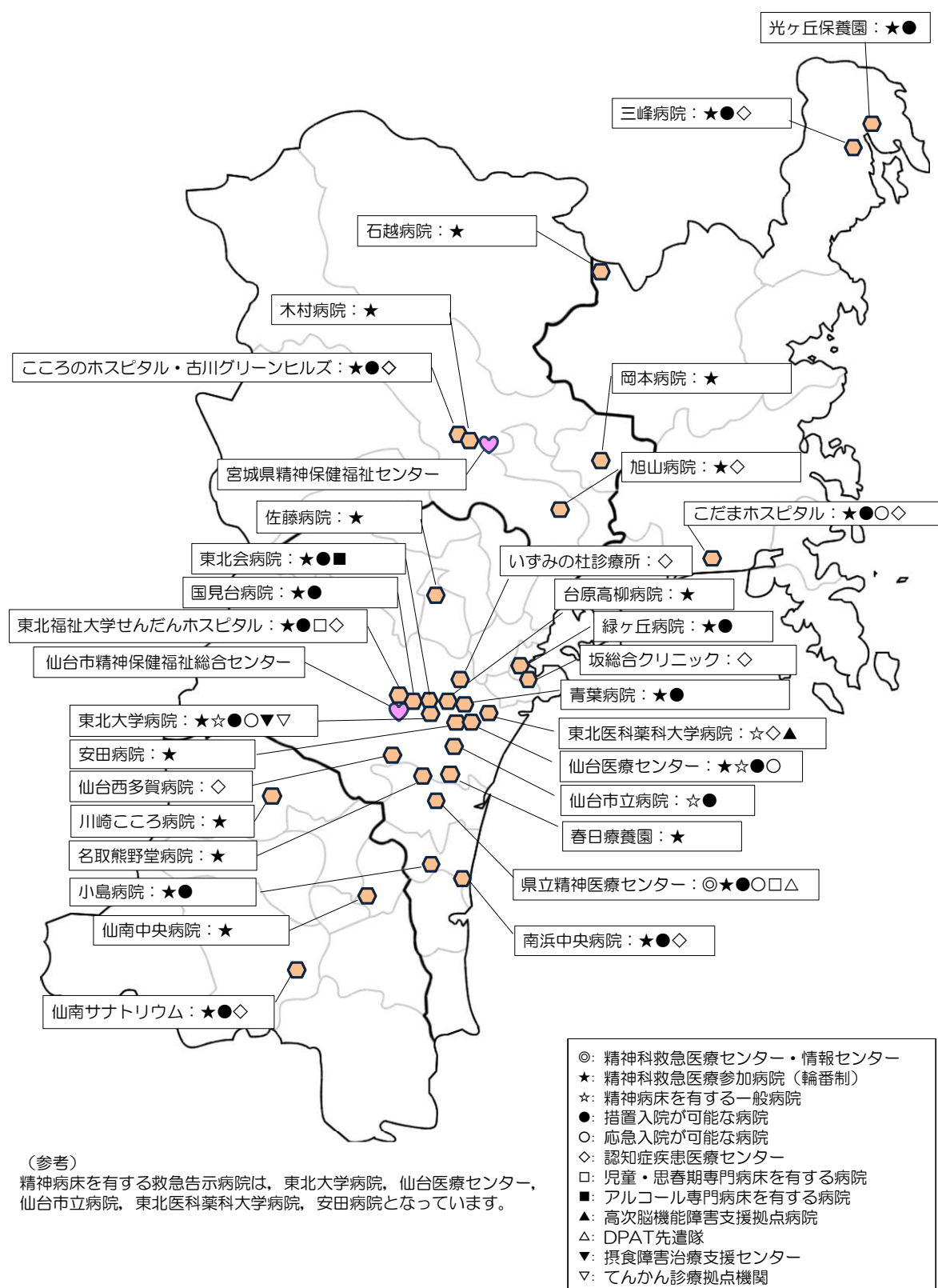
1 精神医療圏について

- 精神疾患の医療圏（精神医療圏）は、二次医療圏とあわせ、県内4圏域とします。
なお、精神科救急医療圏域は全県1圏域とします。

2 医療連携体制について

- 多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を明確にし、相互の連携を推進します。

【図表5-2-5-6】特殊機能を有する精神科医療機関（令和3（2021）年12月1日現在）



（参考）
精神病床を有する救急告示病院は、東北大学病院、仙台医療センター、仙台市立病院、東北医科薬科大学病院、安田病院となっています。

出典：県保健福祉部調査

施策の方向

子どもから高齢者まであらゆる年代がこころの健康を保ち、発病から医療やサービスを受けて社会復帰に至るまで本人と家族が安心した生活を送れるよう、医療、保健、福祉、教育等の関係機関が各々の役割のもと緊密な連携を図り、切れ目のない総合的な支援を行うため、次の施策を推進します。

1 精神疾患の早期発見・早期治療に向けた相談・普及啓発体制の充実・強化について

- こころの健康を保持し、うつ病等のこころの不調に早期に気づき、適切に対処するために、市町村や保健所、精神保健福祉センターは、医療機関等の協力を得て、あらゆる世代の住民に向けた精神疾患に関する正しい知識の普及啓発に努めます。
- 住民が利用しやすいよう相談機関や医療機関に関する情報提供を行うとともに、市町村や保健所、精神保健福祉センターにおける本人や家族、関係者への相談体制を充実・強化していきます。
- 関係者の対応力の向上を図るために、相談支援において重要な役割を担っている地域の関係者に対する研修や事例検討会、情報共有を図るための会議等を開催し、県内全域において支援体制の充実を図ります。
- 若年者とその家族が利用できるこころの問題に関する相談機関や医療機関等に関する情報提供や、学校における正しい知識（精神疾患は誰もがかかり得る病気であること等）の普及啓発、教員等に対する研修や支援等を充実し、早期に支援や治療につながる体制整備を推進します。

2 地域包括ケアの推進について

- 精神科病院において、入院患者ができる限り早期に退院できるよう、病状を改善するための支援や生活の安定に必要な支援を行います。また、平成30（2018）年3月に策定された第5期宮城県障害福祉計画と協調を図りながら、退院促進の動機付けのためのピアサポーターの育成や、関係機関間のネットワークを構築し、人材育成を含めた退院後の生活に係る相談・支援体制の整備を進めるほか、精神障害にも対応するグループホーム等の退院後の受け皿の整備を促進することで地域生活への移行を支援し、精神障害にも対応した地域包括ケアの推進を図ります。
- 圏域毎に精神科病院や精神科診療所、市町村、障害福祉サービス事業所、保健所等が地域の課題解決のため、役割や連携の在り方について検討を行う協議の場を設けて、支援体制の整備を図るほか、保健サービス（保健所や市町村保健師の訪問等）や障害福祉サービスとともに、精神科病院や精神科診療所においても往診や訪問診療、訪問看護、デイケア等、患者の状況に合わせた医療が提供できるよう推進します。
- 精神保健福祉法に規定する措置入院患者については、患者・家族を中心として、精神科病院や精神科診療所、保健所、市町村のほか障害福祉サービス関係機関等と連携し、退院後の支援体制を強化します。

3 精神科救急医療体制について

- 精神科救急については、精神科病院や精神科診療所、救命救急センター、救急指定病院等と、警察や消防、市町村、保健所等の地域の関係機関との、十分な連携・協力のもとに、初動体制を含めて役割分担を行い、宮城県立精神医療センターや精神科救急医療参加病院等による24時間365日の医療体制を継続して実施します。
- 精神科病院や診療所が、かかりつけ医として自院の患者や家族からの医療相談を行う体制や、精神科救急情報センター等からの問い合わせに、夜間や休日に対応できる救急体制を推進します。

4 身体合併症治療について

- 精神科病院や精神科診療所と一般医療機関の関係者との協議等を通して、身体合併症治療を要する精神疾患患者へ適切な医療が提供されるよう医療体制の整備を推進します。また、身近な地域で必要な治療が受けられるように地域ごとの医療連携や、治療抵抗性統合失調症の治療のための関係機関の連携を図ります。
- 入院治療の必要な精神疾患患者への身体疾患治療については、精神病床を有する一般病院における医療の提供を促進します。

5 多様な精神疾患について

(1) 統合失調症

- 病気の早期発見、早期治療につながるように、市町村や保健所、精神保健福祉センターにおける本人や家族、関係者への相談体制を充実・強化していきます。
- 地域において継続治療を行えるように訪問看護や、市町村、保健所などによる相談や訪問のほか、服薬の中断が判明したときの保健所と精神科病院や精神科診療所との連携や障害者総合支援法による相談支援事業所や障害福祉サービス事業所などとの連携により、支援体制の整備を進めます。
- 治療抵抗性統合失調症に対して、その治療薬を用いた治療が適用される機会が増えるよう、医療体制の充実を図ります。

(2) うつ病・躁うつ病

- 一般の医療機関において疾病への理解を広げるとともに、早期にうつ病の可能性の診断ができ、適切な時期に専門医療機関につながるよう医療従事者を対象とするうつ病対応向上研修等を継続します。また、うつ病・躁うつ病に対して、適切な評価と診療が提供されるよう、一般の医療機関と精神科医療機関との連携の強化を図ります。
- 各種情報提供等を通じ、一般医療機関と精神科病院や精神科診療所との連携を推進するほか、復職や就労等社会復帰のため必要となる支援を提供するために関係機関との連携を進めます。

(3) 認知症

- 認知症の早期発見と適切な対応の充実に向けて、かかりつけ医をはじめ、歯科医師や薬剤師、看護職員、その他一般病院で勤務する職員等を対象とする対応力向上研修を継続し、医療現場全体での認知症対応力向上と関係機関の連携強化を図ります。
- また、関係機関の連携強化に向けては、地域の認知症医療連携のキーパーソンである認知症サポート医の養成や認知症の鑑別診断、地域連携の拠点である認知症疾患医療センターの指定を継続して実施します。
- 市町村に設置される「認知症初期集中支援チーム」が専門職による訪問型アプローチに取り組み、医療機関をなかなか受診できない認知症の人や家族、関係者を訪問することで、早期受診を促進します。県では、認知症初期集中支援チームが適切に活動を実施できるようにするため、チーム員の確保や質の向上について市町村の支援を行います。

(4) 児童・思春期精神疾患

- 若年者やその家族が早期に相談しやすい体制づくりを行うとともに、早期に医療につながる体制を構築します。
- また、困難事例に対応できるように思春期問題等に関する研修の継続や、事例検討により関係職員の質の向上を図るとともに、関係機関の連携を進めます。
- ひきこもり者の自立支援につながるよう、相談体制の充実を図るとともに、居場所支援や就労支援につながる支援体制づくりを行います。

(5) 発達障害

- 宮城県発達障害者支援推進会議において、発達障害児者の支援体制整備に向けた検討を行います。
- 乳幼児から成人期までの一貫した対応に向けて、発達障害者支援センターの機能の拡充を進めます。
- 小児科医等のかかりつけ医を対象とした研修を実施し、発達障害についての知識の普及を図ります。
- 発達障害の2次障害の問題に対応できるよう、精神科における診療体制の充実、診療と療育・福祉など関連組織との連携を図ります。

(6) 依存症

- 平成31年3月に策定した宮城県アルコール健康障害対策推進計画では、発生予防から進行予防、そして再発予防に至るまでの切れ目ない対応を進めるための取組を進めることとしています。
- アルコール等依存症専門機関の情報を提供し、精神科や内科等の医療機関相互の連携を推進します。また、一般の医療機関における疾病への理解を広げるとともに、早期に依存症の可能性の診断ができ、適切な時期に専門医療機関につながられるように医療従事者等を対象とする研修等を実施します。
- 医療機関や関係団体（宮城県断酒会・AA*¹・仙台ダルク等）など依存症に関わる多職種、多機関の連携による

支援を推進します。

- また、県では、アルコールや薬物、ギャンブルなどの依存症に関する医療体制の強化を図るために、依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関を選定することとしています。
- 専門医療機関及び治療拠点機関として、令和元年9月に東北会病院を選定し、依存症治療の拠点として専門的な取組を推進しています。
- アルコール等依存症は、幅広く医療・保健機関が取り組む予防対策が重要であることから、精神科医療機関等の相互の連携を含めた診療体制の充実を図ります。

(7) 高次脳機能障害

- 高次脳機能障害支援の拠点である東北医科薬科大学病院と宮城県リハビリテーション支援センターや、仙台市障害者総合支援センターを中心に、医療機関や市町村、保健所、障害福祉サービス事業所、就労支援関係機関等との連携により支援体制の充実を図るとともに、身近な地域拠点の整備を進めます。

(8) 摂食障害

- 「摂食障害治療支援センター」を中心に、病気の正しい知識の普及啓発を行うとともに早期に医療につながるための体制づくりを進めます。
- 診療の難しい症例については、詳しい専門医を紹介するなど医療機関の役割を明確にするとともに、身体合併症に対応するための内科、小児科との連携など、医療機関相互の連携を進めます。

(9) てんかん

- 「てんかん診療拠点機関」を中心に、薬剤抵抗性てんかん患者に長期脳波ビデオ同時記録検査を実施し、精度の高い診断に基づいた治療を提供します。また、病気への理解を深めるための啓発と相談体制の整備を進めます。
- 地域の中核となる医療機関を中心に、医療機関相互のネットワークを構築し、医療関係者の教育や情報交換を行います。また、遠隔診療の活用を図っていきます。

6 自死対策について

- 自殺対策基本法の改正及び自殺総合対策大綱の見直しを踏まえ、都道府県と市町村に義務付けられた自殺対策計画の策定を進め、県においては、平成30年12月に自死対策計画の見直しを行いました。
- 県と市町村が策定した計画に基づき、相互に連携して地域の実情に応じた取組を進めるとともに、東日本大震災の被災者が抱える諸問題や若年者のメンタルヘルス対策などの課題に重点的に取り組むことにより県内の自死対策の更なる推進を図ります。

7 災害精神医療について

- DPATガイドライン等の整備を進めるとともに、研修や登録など実派遣に備えた体制の整備を進めます。
- また、県の災害医療調整本部との連携・調整を図り、県の災害対策として一体的な対応を進められる体制の構築を進めます。

*1 アルコール依存症患者の自助グループであるAlcoholics Anonymousの略称です。

8 医療観察法における対象への医療について

- 保護観察所を中心に、地域処遇に携わる関係機関が共同で、退院後の支援を行います。

9 東日本大震災に関するこころの健康への支援について

- 震災後のこころの問題については、長期的な取組が必要とされることから、引き続き市町村や保健所、精神保健福祉センター、みやぎ心のケアセンターなど関係機関・団体と連携し、被災者等に対する支援体制の充実を図ります。また、こころのケアを担う支援者への育成支援を継続して実施します。
- なお、みやぎ心のケアセンターは令和7年度で活動を終えることから、活動終了後を見据えた地域精神保健福祉活動のあり方について、市町村や保健所、精神保健福祉センターが、医療機関や地域援助事業者等と連携・協力して、将来を見据えた地域の精神保健福祉体制を構築できるようこれからも検討していきます。
- 震災後に取り組みされてきた被災者の心のケア活動は、これまでの経験や取組を地域精神保健福祉活動に包含される形で推進することとします。

数値目標

指 標（目標項目）	現 況	2020年度末	2024年度末	出 典 ・ 備 考
精神病床における急性期（3か月未満） 入院需要（患者数）	891人 (2018年度)	1,177人	1,173人	都道府県入院需要推計ワークシート（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部）
精神病床における回復期（3か月以上1年未満） 入院需要（患者数）	1,214人 (2018年度)	884人	900人	
精神病床における慢性期（1年以上） 入院需要（患者数）*1	3,092人 (2018年度)	2,785人	2,506人	
精神病床における慢性期入院需要 （65歳以上患者数）*1	2,086人 (2018年度)	1,886人	1,767人	
精神病床における慢性期入院需要 （65歳未満患者数）*1	1,006人 (2018年度)	899人	739人	
精神病床における入院需要（患者数）	5,197人 (2018年度)	4,846人	4,579人	※2020年度末及び2024年度末時点の目標値は、平成26（2014）年度に上記ワークシートで示された推計人口から算出
地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）*1、*2	—	564人	901人	
地域移行に伴う基盤整備量（65歳以上利用者数）*1、*2	—	330人	516人	
地域移行に伴う基盤整備量（65歳未満利用者数）*1、*2	—	234人	385人	※2024年度末時点の目標値は、令和2（2020）年度に上記ワークシートで示された推計人口から算出
精神病床における入院後3か月時点の退院率*1	59% (2017年度)	69%	69%	
精神病床における入院後6か月時点の退院率*1	77% (2017年度)	84%	86%	
精神病床における入院後1年時点の退院率*1	86% (2017年度)	91%	92%	
精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における 平均生活日数*1	303日 (2016年度)	—	316日	※第6期障害福祉計画では2023年度（令和5年度）の目標値として設定していますが、医療計画では、2024年度（令和6年度）末までの目標値として設定することとします。
認知症サポート医養成研修修了者	146人 (2018年度)	176人	—	県保健福祉部調査

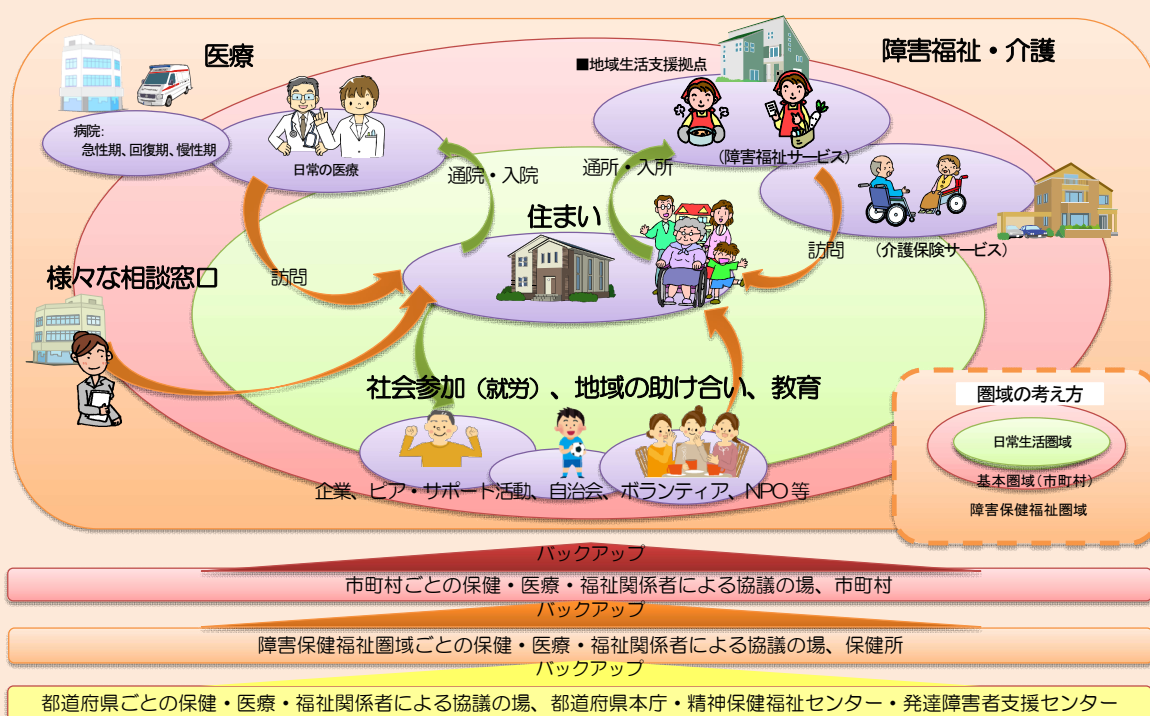
*1については第6期宮城県障害福祉計画、*2については第8期介護保険事業（支援）計画との協調を図ることとしています。

＜精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについて＞

精神病床における長期入院患者の地域生活への移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加え、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会の実現に向けた取組の推進が必要となります。このため、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めていく必要があります。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、医療計画だけではなく、障害福祉計画の基本的理念にも位置付けられています。

【図表5-2-5-7】精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のイメージ



出典：厚生労働省資料

第6節 救急医療

【目指すべき方向性】

より質の高い救急医療を提供するため、地域の救急医療機関が連携し、全ての救急患者に対応できる救急医療体制の構築を目指し、以下に掲げる取組を進めます。

- 初期救急医療体制については、地域の救急医療資源の実情に応じた平日夜間及び休日の初期救急医療体制整備を支援し、また、かかりつけ医等による救急患者の受入れを促進します。
- 二次救急医療体制については、病院群輪番制の機能を強化し、後方病床の確保、医師が診療可能な領域の拡大を図ります。
- 三次救急医療体制については、救急科専門医を養成し、救急医療機関に配置するほか、救命救急センターの安定的運営の確保に努めます。
- 初期、二次及び三次の各救急医療の機能に応じた医療機関の役割分担の進展に努めます。
- ドクターヘリについては、基地病院及び消防機関等と連携しながら、安全かつ効果的な運用に取り組みます。
- 救急医療情報システム及び救急搬送情報共有システムについて即時性のある情報提供体制を構築します。
- 県民に対して、救急医療機関の適正な利用の啓発を行います。

現状と課題

1 宮城県県の救急医療の現状

（１）病院収容所要時間の状況

- 平成30（2018）年中の119番通報から現場到着までの平均時間は8.6分で、全国平均と比較し0.1分短い所要時間となっています。また、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41.0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となっています。

【図表5-2-6-1】救急医療統計

	(a) 119番通報から現場到着までの平均時間（分）		(b) 119番通報から医療機関等への平均収容時間（分）		(b) - (a)（分）	
	宮城県平均	全国平均	宮城県平均	全国平均	宮城県平均	全国平均
平成26年	8.6	8.6	42.8	39.4	34.2	30.8
平成27年	8.6	8.6	42.5	39.4	33.9	30.8
平成28年	8.5	8.5	41.1	39.3	32.6	30.8
平成29年	8.4	8.6	40.7	39.3	32.3	30.7
平成30年	8.6	8.7	41.0	39.5	32.4	30.8

出典：「救急・救助の現況」（総務省消防庁）

2 医療提供体制の現状と課題

（１）救急医療体制

- 初期救急医療は、在宅当番医制と休日・夜間急患センターで対応していますが、平日夜間及び休日の初期救急医療体制が整備されていない地域があります。また、曜日、時間帯や初期救急医療機関の診療科などにより、二次及び三次救急医療機関に、軽症患者が直接受診することもあり、結果として、二次及び三次救急医療機関が本来担うべき救急医療に支障を来す可能性も指摘されているところです。今後も軽症患者の救急需要の増大が予想される中、地域の実情に応じた初期救急医療の構築を進める必要があります。

- 二次救急医療は、救急告示医療機関と病院群輪番制医療機関で対応しています。本県では救急告示医療機関の数は全国平均程度の水準ですが（令和2年（2020）年10月1日現在で73機関）、一方で、病院群輪番制が実施されている地域においても、夜間の救急医療体制の維持に苦労している状況にあります。
- 三次救急医療は、東北大学病院高度救命救急センターと仙台医療センター、仙台市立病院、大崎市民病院、石巻赤十字病院及びみやぎ県南中核病院の各救命救急センターで対応しており、全ての二次医療圏で救命救急センターが設置されています。
- 県内の救命救急センターは全て、災害時に備え、自家発電機（備蓄する燃料含む。）、受水槽を（備蓄する飲料水含む。）保有しています。
- 救命救急センターは6施設ありますが、それぞれの救命救急センターの特徴を活かした役割分担と連携、救命救急センター機能を有効に活用するための二次救急医療体制の整備が求められます。
- 仙台市においては平成17（2005）年度から仙台市消防局と仙台市立病院との連携により医師が同乗するドクターカー事業を開始し、平成18（2006）年度より24時間体制で運用を行っています。石巻赤十字病院においても平成25（2013）年度からドクターカーが導入されており、県内では2つの施設で運用されています。
- 知事の諮問機関である宮城県救急医療協議会では、救急搬送時間の短縮など本県の救急医療体制の充実強化に関する重要事項について、継続して、調査審議しています。

（2）救急搬送体制

① 消防による救急業務の高度化

- 救急隊に配属されている救急救命士は県内で461人（平成31（2019）年4月現在）いますが、配置については地域差があります。
- 救命率の更なる向上を図るため、救急救命士の養成促進、処置範囲の拡大、メディカルコントロール体制の整備等が図られています。
- 常時指示体制の充実、救急救命士の資質向上に向けた研修体制の確保等、メディカルコントロール体制の更なる充実が求められています。平成31（2019）年4月現在、県内には117台の救急自動車が配置されており、そのすべてが高規格救急自動車です。今後配置される救急自動車についても、高規格救急自動車が望まれます。
- 宮城県は平成23（2011）年6月に消防機関と医療機関の連携体制を強化し、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入体制を構築するため「救急搬送実施基準」を定め運用しています。その後、平成26年の実態調査により受入に課題があると判明した脳卒中、整形外科的外傷、吐血・下血・腹痛等の消化器科症状、精神症状を有する傷病者の対応について、病態ごとの専門部会での協議の上、医療機関リストの更新などの改正を順次行っています。

② 病院前救護体制の充実

- 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、脳卒中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。
- 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障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。

（3）救急医療情報システム

- 宮城県地域医療情報センターの救急医療情報システムがweb化されています。刻々と変化する急性期病院や救命救急センターの空床情報や受入可否についていかにして即時性を反映させるかが課題となっています。さらに利便性が高まるように、救急隊が搬送情報を照会し、情報を共有するなど継続的な改善を図っていく必要があります。

(4) ドクターヘリの安全かつ効果的な運用

- 平成28（2016）年10月から、「宮城県ドクターヘリ」の運用を開始しました。県内全域をほぼ30分でカバーし、早期の医療提供により救命率の向上に努め、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用体制を確保しています。ドクターヘリをより効果的に運用していくため、症例検討や啓発活動等の取組を継続して実施していく必要があります。

(5) 急性期を乗り越えた患者の転・退院

- 重度の後遺症等により、急性期以降のケアを担う医療機関への転院や退院が円滑に進まないため、救急医療機関（特に救命救急センター）が救急患者を受入れられないという点が指摘されています。
- 急性期以降や慢性期治療を担う医療機関、自宅、介護施設への円滑な転・退院を行うため、一層の機能分担を進めるとともに、急性期医療機関は、急性期・回復期医療機関から在宅・施設まで、患者のニーズに合わせてあらゆる機関へ退院調整できるように地域連携室の退院調整機能を強化するとともに、急性期病院以外の各医療機関間や介護・福祉施設等においても入退院・入退所調整機能を強化していくことが必要です。

3 救急医療体制に関する知識の普及

- 近年、症状が軽い場合でも、安易に救急車を利用したり、いつでも受診が可能ということで、時間外に救急医療機関を訪れる患者が増えています。本来、一刻を争うような重症の傷病者の救命を使命とする救急隊、救急医療機関においては、軽症者への対応が過重となり、救命活動・救命治療に支障を来していることから、県民の救急医療への理解とその適正な利用が求められています。
- また、救急医療機関の適正利用の推進のため、救急電話相談窓口として、「こども夜間安心コール」に加え、平成29（2017）年10月から、「おとな救急電話相談」を実施しています。

4 精神科救急医療体制の整備

- 精神症状が急激に悪化するなど、緊急な医療を必要とする方のため、宮城県立精神医療センターや精神科救急医療参加病院等で夜間・休日に対応できる体制を整備しています。
- 精神科救急情報センターや精神医療相談窓口を設置し、適切な医療を提供するための判断・調整や適正な助言・指導等を行っています。
- 現在の宮城県立精神医療センターや精神科救急医療参加病院による精神科救急医療体制を拡充し、緊急な医療を必要とされる方が円滑に治療を受けられるよう24時間365日体制の充実にに向けた整備が必要となっています。

【図表5-2-6-2】二次医療圏別救急医療体制（休日等対応状況表）

（令和2年（2020）年10月1日現在）

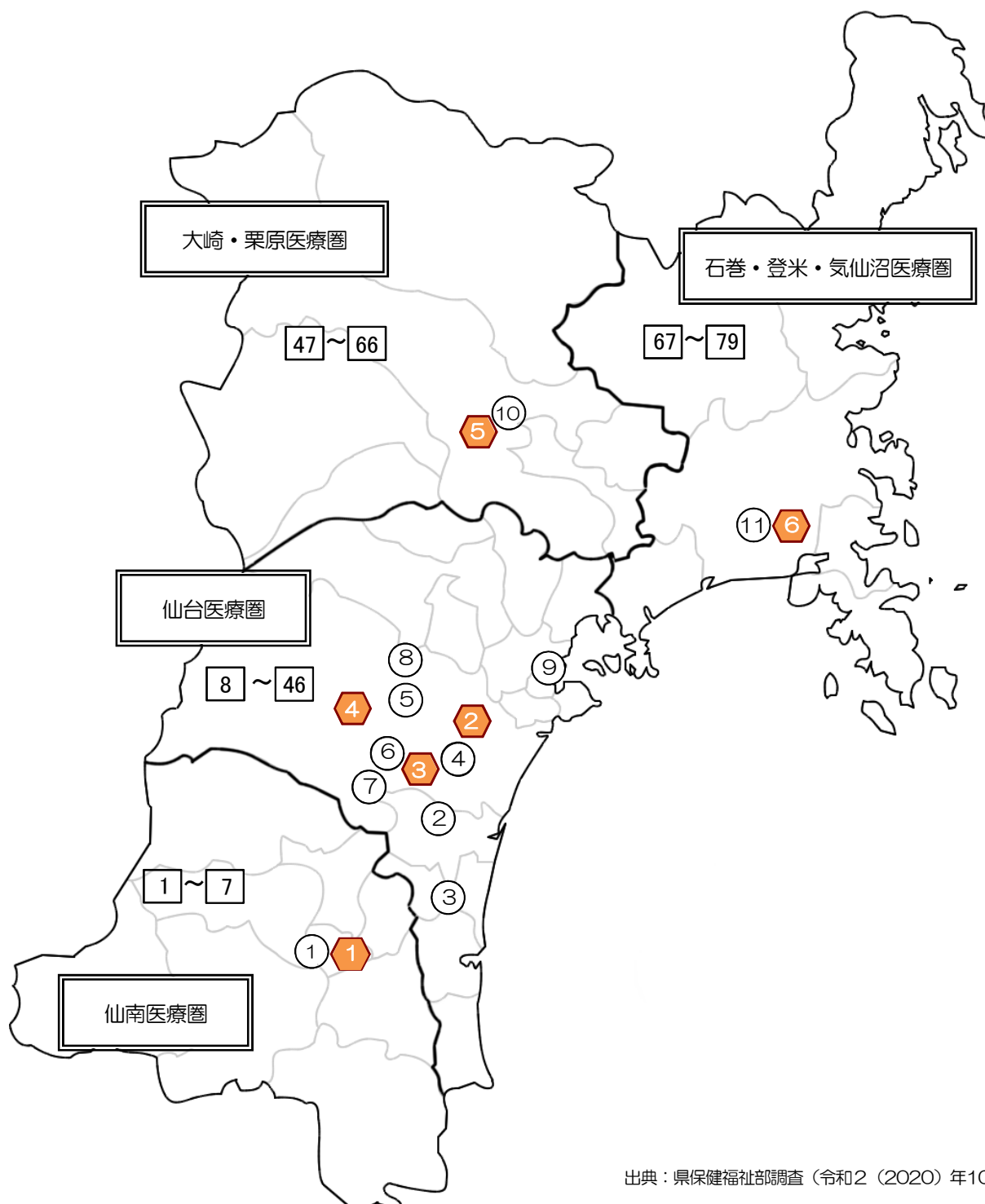
二 次 医療圏		郡市 医師会名	初期救急医療体制					二次救急医療体制					三次救急医療体制	
			在宅当番医制 実施 機 関 数	休日・夜間急患センター	休日 昼間	休日 夜間	平日 夜間	救急告示 医療機関	病院群輪番制参加医療機関 (☆印は救急告示医療機関)	休日 昼間	休日 夜間	平日 夜間	救命救急センター	
													名 称 運営開始年月日	運営形態 病床数
仙南		白石	17	仙南夜間初期急患センター				7	仙南地域（2医療機関） ☆公立刈田総合病院 ☆みやぎ県南中核病院	○	○	○	みやぎ県南中核病院 平成26年7月1日	併設型 12床
		角田	15											
		柴田	32											
仙台	名取地区 亘理地区 岩沼地区	名取		名取市休日夜間急患センター	○	○		38	名取・岩沼・亘理地域（1医療機関で対応） ☆総合南東北病院	○	○	○	仙台医療センター 昭和53年4月1日	併設型 30床
		岩沼	23	岩沼・亘理地区平日夜間初期救急外来			○							
		亘理	18											
	仙台市	仙台	106	仙台市急患センター	○	○	○	仙台地域（当番10医療機関、協力12医療機関） ☆伊藤病院 ☆JCHO仙台病院 ☆J R仙台病院 ☆仙台オープン病院 ☆仙台赤十字病院 ☆仙台徳洲会病院 ☆東北公済病院 ☆東北労災病院 ☆中嶋病院 ☆東北医科薬科大学病院 ほか12病院など	○	○	○	仙台市立病院 平成3年4月24日	併設型 40床	
				仙台市北部急患診療所	○	○	○							
				仙台市夜間休日こども急病診療所	○	○	○							
				広南休日内科小児科診療所	●									
				泉地区休日診療所	●									
	塩釜地区	塩釜		塩釜地区休日急患診療センター	▲	△		15	塩釜地域（7医療機関） ☆赤石病院 ☆坂総合病院 ☆塩竈市立病院 ☆仙塩利府病院 ☆松島病院 ☆宮城利府救済会病院 仙塩総合病院	○ ※			東北大学病院 平成18年10月1日	併設型 16床
	黒川地区	黒川	34											
	大崎・栗原		大崎	39	大崎市夜間急患センター	□	□	○	15	大崎地域（14医療機関） ☆大崎市民病院 ☆徳永整形外科病院 ☆古川星陵病院 永仁会病院 片倉病院 佐藤病院 三浦病院 ☆大崎市民病院岩出山分院 ☆大崎市民病院鹿島台分院 ☆大崎市民病院鳴子温泉分院 ☆公立加美病院 ☆美里町立南郷病院 ☆涌谷町国民健康保険病院 野崎病院	○ ※	○ ※		大崎市民病院 平成6年7月1日
加美			14											
遠田			12											
栗原			34					栗原地域（1医療機関で対応） ☆栗原中央病院		○	○	○		
石巻・登米・気仙沼		石巻	36	石巻市夜間急患センター			○	13	石巻地域（7医療機関） ☆石巻市立病院 ☆石巻市立牡鹿病院 ☆石巻赤十字病院 ☆女川町地域医療センター ☆齋藤病院 ☆仙石病院 ☆真壁病院	○	○	○	石巻赤十字病院 平成21年7月1日	併設型 24床
		桃生	25											
		登米	23											
		気仙沼	19						登米地域（1医療機関で対応） ☆登米市民病院 気仙沼地域（3医療機関） ☆猪苗代病院 ☆気仙沼市立病院 ☆南三陸病院	○ ※	○ ※			
			在宅当番医制参加 447医療機関 休日・夜間急患センター 11施設			73医療機関			病院群輪番制参加 55医療機関			6医療機関		

- （注） 1. 広南休日内科小児科診療所及び泉地区休日診療所の●表示は、日・祝のみの実施。
 2. 塩釜地区休日急患診療センターの△表示は、土曜日（午後7時から午後10時までの小児科のみ）の実施。
 3. 塩釜地区休日急患診療センターの▲表示は、日・祝のみの実施。
 4. 大崎市夜間急患センターの□表示は、土曜日（午後3時から午後10時）の実施。
 5. 病院群輪番制の※表示は、日・祝のみの実施。
 6. 二次救急医療体制の名取・岩沼地域について、輪番制は実施していないが、総合南東北病院が対応している。
 7. 二次救急医療体制の栗原地域について、輪番制は実施していないが、栗原中央病院が対応している。
 8. 二次救急医療体制の登米地域について、輪番制は実施していないが、登米市民病院が対応している。

救急医療機能の現況

【図表5-2-6-3】

①～⑥	救命救急センター
□1～□79	二次救急医療 機関（告示＋ 輪番制 参加 病院）
○1～○11	休日・夜間急患センター



出典：県保健福祉部調査（令和2（2020）年10月1日現在）

【図表5-2-6-4】救命救急センター（令和2（2020）年10月1日現在）

医療機関名	表示 No	医療機関名	表示 No
みやぎ県南中核病院救命救急センター（H26.7運営開始）	①	東北大学病院高度救命救急センター（H18.10運営開始）	④
仙台医療センター救命救急センター（S53.4運営開始）	②	大崎市民病院救命救急センター（H6.7運営開始）	⑤
仙台市立病院救命救急センター（H3.4運営開始）	③	石巻赤十字病院救命救急センター（H21.7運営開始）	⑥
6医療機関			

【図表5-2-6-5】二次救急医療機関（令和2（2020）年10月1日現在）

二次医 療圏名	表示 No	医療機関名	輪番 参加	救急 告示	二次医 療圏名	表示 No	医療機関名	輪番 参加	救急 告示
仙 南 医療圏	1	大泉記念病院		○	大 崎 ・ 栗 原 医療圏	47	大崎市民病院	○	○
	2	公立刈田総合病院	○	○		48	徳永整形外科病院	○	○
	3	蔵王町国民健康保険蔵王病院		○		49	古川星陵病院	○	○
	4	みやぎ県南中核病院	○	○		50	古川民主病院		○
	5	国民健康保険川崎病院		○		51	永仁会病院	○	
	6	丸森町国民健康保険丸森病院		○		52	片倉病院	○	
	7	金上病院		○		53	佐藤病院	○	
仙 台 医療圏	8	総合南東北病院		○		54	三浦病院	○	
	9	平田外科医院		○		55	みやぎ北部循環器科		○
	10	宮城病院		○		56	大崎市民病院岩出山分院	○	○
	11	伊藤病院	○	○		57	大崎市民病院鹿島台分院	○	○
	12	イムス明理会仙台総合病院		○		58	大崎市民病院鳴子温泉分院	○	○
	13	JR仙台病院	○	○		59	公立加美病院	○	○
	14	JCHO仙台病院	○	○		60	東泉堂病院		○
	15	仙台厚生病院		○		61	涌谷町国民健康保険病院	○	○
	16	東北公済病院	○	○		62	野崎病院	○	
	17	東北大学病院		○		63	美里町立南郷病院	○	○
	18	東北労災病院	○	○		64	栗原市立栗駒病院		○
	19	仙台医療センター		○		65	栗原市立栗原中央病院		○
	20	仙台オープン病院	○	○		66	栗原市立若柳病院		○
	21	仙台東脳神経外科病院		○	石 巻 ・ 登 米 ・ 気仙沼 医療圏	67	石巻市立病院	○	○
	22	東北医科薬科大学病院	○	○		68	石巻市立牡鹿病院	○	○
	23	中嶋病院	○	○		69	石巻赤十字病院	○	○
	24	光ヶ丘スベルマン病院		○		70	女川町地域医療センター	○	○
	25	安田病院		○		71	齋藤病院	○	○
	26	河原町病院		○		72	仙石病院	○	○
	27	東北医科薬科大学 若林病院		○		73	真壁病院	○	○
	28	広南病院		○		74	登米市立登米市民病院		○
	29	JCHO仙台南病院		○		75	登米市立豊里病院		○
	30	仙台市立病院		○		76	登米市立米谷病院		○
	31	仙台赤十字病院	○	○		77	猪苗代病院	○	○
	32	泉病院		○		78	気仙沼市立病院	○	○
	33	泉整形外科病院		○		79	南三陸病院	○	○
	34	仙台循環器病センター		○	79医療機関				43 73
	35	仙台徳洲会病院	○	○					
	36	仙台北部整形外科		○					
	37	松田病院		○					
	38	赤石病院	○	○					
	39	坂総合病院	○	○					
	40	塩竈市立病院	○	○					
	41	仙塩総合病院	○						
	42	仙塩利府病院	○	○					
	43	松島病院	○	○					
	44	宮城利府掖済会病院	○	○					
	45	公立黒川病院		○					
	46	宮城県立精神医療センター		○					

※仙台市内においては、上記以外に当番制協力病院として12病院が参加している。

【図表5-2-6-6】休日・夜間急患センター（令和2（2020）年10月1日現在）

医療機関名	No	医療機関名	No
仙南夜間初期急患センター	①	広南休日内科小児科診療所	⑦
名取市休日夜間急患センター	②	泉地区休日診療所	⑧
岩沼・巨理地区平日夜間初期救急外来 （総合南東北病院内）	③	塩釜地区休日急患診療センター	⑨
仙台市急患センター	④	大崎市夜間急患センター	⑩
仙台市北部急患診療所	⑤	石巻市夜間急患センター	⑪
仙台市夜間休日こども急病診療所	⑥	11 医療機関	

施策の方向

1 病院前救護の促進

- 一般市民による救急処置と判断に関する知識の普及に努めます。脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患であることを認識すること、緊急性のある疾患であることを知ってもらうこと、また、ACS^{*1}、CPA^{*2}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。
- また、「こども夜間安心コール」に加え、「おとな救急電話相談」を実施することにより、県民からの急な病気やけがに対する相談に対し、医療スタッフが助言することで、救急車や医療機関の適正利用の促進や救命率の向上に努めます。

2 救急医療体制の強化

- 夜間及び休日の初期救急医療体制が整備されていない地域においては、休日・夜間急患センター的役割を果たす初期救急医療体制の整備について、市町村や地域の医師会との調整を支援します。
- 初期救急と二次救急及び三次救急の機能分担を明確にし、患者の受入支援を進めるとともに、24時間の救急医療を担う高次の救急医療機能を持つ地域医療支援病院や地域の中核的な病院の救急医療体制の整備を促進します。
- 地域の医療体制に応じた機能分担と集約体制、更に三次救急医療に関する医療圏を越えた急性期連携体制を構築していきます。
- 東北大学病院高度救命救急センターの人材育成機能を活用し救急科専門医の養成を行い、救命救急センターの機能分担に応じて、バランスのとれた配置を目指します。また、二次救急医療の医師等を対象として、専門領域を超える範囲の患者への対応力を高めるため、小児救急・外傷等に関する研修を実施するほか、夜間などの救急医療体制を維持するための人材確保の支援に努めていきます。

3 救急搬送情報共有システムの運用

- 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。
- 救急隊や医療機関での情報入力が即時に行えるよう、タブレットやスマートフォンの新規導入を図るとともに救急隊や医療機関での運用及び連携を推進し、搬送時間の短縮等に努めます。

*1 ACS（急性冠症候群）

心臓に酸素と栄養を供給している冠動脈にできた動脈硬化の粥腫（じゅくしゅ：血管壁の中に脂肪がたまって厚くなり粥状になったもの）の突然の破たんにより形成された血栓により、冠動脈の血液が減少または途絶して起きる状態の総称です。ACS自体は独立した疾患名ではなく、臨牀的に不安定狭心症、急性心筋梗塞、心臓突然死などの総称をいいます。

*2 CPA 心肺停止状態をいいます。

4 救急搬送体制の充実

- 現場到着から医療機関等への収容までの時間の短縮を図るため、医療機関との連携強化による迅速かつ円滑な搬送体制の整備を推進し、救急隊に対する指示・指導・助言、救急救命士や一般救急隊員の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充実を図ります。
- 離島や山間部における救急医療を充実させるため、ドクターヘリによる対応と県防災ヘリコプターの利用促進により連携を図ります。
- 救急搬送の実態の把握及び検証を踏まえ、「救急搬送実施基準」を見直し、より実効性のある救急搬送体制の確保を図ります。

5 急性期後の医療体制の整備

- 二次及び三次救急医療機関においては、入院初期から退院を視野に入れた診療計画を立て、退院調整機能を強化し、急性期を脱した患者が、回復期・維持期医療を担う後方支援病院や有床診療所、あるいは在宅や社会福祉施設等の療養の場に円滑に移行できるように支援します。
- 重度の合併症、後遺症のある患者が、後方支援病院や有床診療所、介護施設・在宅で療養を行う際に、地域において医療及び介護サービスが相互に連携できる体制を構築します。

6 救急医療機関の適正利用の普及

- 救急患者が発生した現場での適切な手当が救命率の向上に有効なことを県民に周知し、救急医療への理解に加え、応急手当や蘇生法等の知識の普及を推進します。
- 県及び市町村は積極的に広報を行い、軽症患者は昼間受診することや救命救急センターは重篤救急患者に対応するものであること等、救急医療機関の適切な利用について理解を求めます。

7 ドクターヘリの安全かつ効果的な運用

- 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ます。
- 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増設を進めます。

8 精神科救急医療体制の整備

- 精神科病院・診療所等の医療機関と、警察や消防、保健所等の地域の関係機関との十分な連携・協力のもとに、宮城県立精神医療センターや精神科救急医療参加病院等による24時間365日の医療体制の充実に向けた整備を推進します。

数値目標

指 標	現 況	2023 年度末	出 典
救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	41.0 分 (全国 39.5 分)	全国平均	「令和元年版 救急・救助の現況」 (総務省消防庁)
搬送先選定困難事例構成割合 (照会回数 4 回以上) 〈重症以上傷病者〉	3.1% (全国 2.4%)	全国平均	「平成 30 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」(総務省消防庁)
搬送先選定困難事例構成割合 (現場滞在時間 30 分以上) 〈重症以上傷病者〉	7.8% (全国 5.1%)	全国平均	「平成 30 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」(総務省消防庁)
救急科専門医数（人口 10 万対）	3.1 (全国 3.7)	全国平均	「平成 30 年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)
退院調整支援担当者数（病院）（人口 10 万対）	8.3 (全国 11.4)	全国平均	「平成 29 年医療施設（静態・動態）調査」(厚生労働省)

<救急医療機関について>

救急医療機関は、以下に分かれ、それぞれの役割に応じた機能の充実が求められています。

- ・初期救急医療機関：軽度の救急患者への外来診療を担う医療機関
- ・二次救急医療機関：入院を要する救急医療を担う医療機関
- ・三次救急医療機関：重篤な患者に対して高度な医療を総合的に提供する医療機関

<おとな救急電話相談（＃7119）について>

急な病気やけがで、すぐに救急車を呼ぶべきか、すぐに医療機関を受診すべきか、判断に迷ったときに、受診の必要性や対処方法等の適切な助言など、看護師が相談をお受けします。

- ・相談受付時間 平日（月～金）：午後7時～翌午前8時
土 曜 日 ：午後2時～翌午前8時
日 曜 ・ 祝 日 ：午前8時～翌午前8時（24時間）
- ・電話番号 #7119
(プッシュ回線以外の固定電話、PHSからは022-706-7119)

第7節 災害医療

【目指すべき方向性】

- 医療関係機関と防災関係機関が連携し、大規模災害発生時に「防ぎ得る死」が発生しないよう、医療救護体制を構築します。
- 災害時における救急患者への医療支援に備え、災害拠点病院等の充実を図ります。
- 原子力発電所に係る防災対策を重点的に充実させるため、国の原子力災害対策指針改正に基づき、原子力災害医療体制を構築します。
- 円滑な医療救護活動と保健衛生活動が行えるよう体制の整備に取り組みます。

現状と課題

1 宮城県の災害医療の現状

(1) 過去の災害発生状況

- これまで、宮城県沖地震（昭和53（1978）年）、宮城県北部連続地震（平成15（2003）年）、岩手・宮城内陸地震（平成20（2008）年）などの大きな自然災害が発生し、宮城県沖地震の再来への備えを進めていましたが、平成23（2011）年にはこれまでの想定を大きく上回る規模の東日本大震災が発生しました。
- 岩手・宮城内陸地震及び東日本大震災では、県外から災害派遣医療チーム（DMAT）が派遣され、急性期の医療の確保に貢献しました。また、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社をはじめとした県内外からの医療救護班が派遣され、避難者に対する巡回診療等を通じて、被災者に対する医療が行われました。
- 平成28年熊本地震では、DMATをはじめ、多数の医療救護班が熊本県で活動しました。宮城県の災害派遣精神医療チーム（DPAT）とJMATは初めて県外へ派遣されました。
- 令和元年東日本台風では、県内においても被害が発生し、東日本大震災以来の医療救護活動が県内で展開され、DMATやDPATなどの医療チームも活動しました。活動の振り返りでは、医療チーム、保健師チーム等の間における情報共有に関する課題が指摘されたほか、円滑な派遣調整や災害医療コーディネーターの交代要員の確保等、中長期の支援活動に向けた課題が見えてきました。

(2) 災害拠点病院

- 県では、16の医療機関を災害拠点病院に指定し、うち仙台医療センターを基幹災害拠点病院としています。災害時に備えたヘリポートや自家発電設備及び災害備品等の整備、診療継続に必要な3日分程度の水・食料品・飲料水・医薬品・燃料等の備蓄、災害時に備えた訓練等を推進しています。
- 平成29（2017）年10月に気仙沼市立病院の新築移転が完了し、県内では全ての災害拠点病院で耐震化された施設で診療できる体制が整いました。
- 災害拠点精神科病院については、国の動向を踏まえ今後整備を検討する必要があります。

【図表5-2-7-1】基幹災害拠点病院、地域災害拠点病院（順不同）

基 幹 災 害 拠 点 病 院	仙台医療センター
地 域 災 害 拠 点 病 院	公立刈田総合病院、みやぎ県南中核病院、総合南東北病院、仙台市立病院、東北大学病院、仙台赤十字病院、東北労災病院、東北医科薬科大学病院、仙台オープン病院、坂総合病院、大崎市民病院、栗原市立栗原中央病院、登米市立登米市民病院、石巻赤十字病院、気仙沼市立病院

出典：県保健福祉部調査

(3) 災害医療コーディネーター

- 災害医療コーディネーターは、災害医療本部、地域災害医療支部のもとで、大規模災害時はDMATや災害拠点病院と連携して医療救護活動の調整を担います。平時においては、災害時の医療救護体制が適切に構築されるように、県などに対し必要な助言を行います。
- 県では、救急・災害医療に精通した医師28人（令和2（2020）年10月現在）に、災害時の医療体制に関する助言や調整を行う「宮城県災害医療コーディネーター」を委嘱しています。中長期の被災地支援が必要となる場合は、災害医療コーディネーターの交代要員の確保が必要です。
- 専門性の高い分野の助言や調整を行うため、精神分野、透析分野、周産期分野に関してはそれぞれ専門のコーディネーターを委嘱しています。また、小児周産期分野に関しては、災害医療コーディネーターを支援するため、「災害時小児周産期リエゾン」を養成しています。

(4) 災害派遣医療チーム（DMAT）

- 県内には、被災地へ赴き急性期（概ね48時間以内）の医療を担うDMATを保有する「宮城DMAT指定病院」が16医療機関あり、全ての災害拠点病院と県との間で「宮城DMATの派遣に関する協定」を結んでいます（令和2（2020）年10月現在）。

(5) 災害派遣精神医療チーム（DPAT）

- 県内での大規模災害発生時や他都道府県等からの要請により、精神保健医療ニーズの把握、連携、マネージメント及び精神科医療の提供と精神保健活動の支援を行うために宮城DPATを派遣します。
- DPATは、発災直後から中長期にわたり活動することが想定されますが、発災初期に対応する「宮城DPAT先遣隊」として、宮城県立精神医療センターを登録するとともに派遣に関する協定を結んでいます。
- また、県と仙台市との間でも、宮城DPATの派遣等について協定を結んでいます。
- DPATの体制整備と並行して、全県の精神医療従事者の災害への備えを進めることも必要となっています。

(6) 医療救護班・歯科医療救護班・薬剤師班の派遣

- 県は、平成9（1997）年に県医師会、平成10（1998）年に県薬剤師会、平成19（2007）年に県歯科医師会、また、平成25（2013）年には県看護協会、平成29（2017）年には県病院薬剤師会とそれぞれ災害時に関する協定を締結しています。各市町村においても、同様の取組が進められています。
- 東日本大震災の際には、JMAT、日本赤十字社をはじめとする県内及び県外から医療救護班、歯科医療救護班及び薬剤師班等の派遣を受け、避難所の巡回診療等が行われましたが、派遣と受入れの調整を円滑に行える体制づくりが平時から必要です。

(7) 通信・情報網の整備

- 大規模災害発生時には宮城県救急医療情報システムを災害モードに切り替え、加入施設の被害情報や診療可否の情報を収集・共有する体制を整備しており、県内の全病院が加入しています（令和2（2020）年10月現在）。情報は、広域災害救急医療情報システム（EMIS）に反映され、国・各都道府県・DMAT等間で共有されます。

【図表 5-2-7-2】 宮城県救急医療情報システム加入病院数の推移

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和元年度	令和2年度
宮城県救急医療情報システム加入病院数	140	139	138	138
宮城県内病院数	140	139	138	138

出典：県保健福祉部調査

- また、一般電話回線の輻輳時にも連絡が取れるよう、県・各医師会・災害拠点病院・腎透析施設・県歯科医師会等にMCA無線や衛星電話を配備し、毎年訓練を実施しています。

（８）災害時の医薬品等の供給体制

- 県は、平成９（１９９７）年に県医薬品卸組合、平成１７（２００５）年に日本産業・医療ガス協会東北地域本部、また、平成２２（２０１０）年に県医療機器販売業協会とそれぞれ災害時に関する協定を締結しています。
- 東日本大震災では、医療救護活動の中心は生活習慣病等慢性疾患の対応でした。従来から傷病用の医薬品を備蓄していましたが、震災後は慢性期対応の医薬品の備蓄品目を増やしました。
- ライフライン喪失下の被災地で、散剤、水剤をはじめ、各種医薬品を供給するため、県薬剤師会において Mobile Pharmacy（モバイル・ファーマシー（MP））を導入し、MP を中心として災害時の支援活動を強化しています。
- 県は、平成３０（２０１８）年に県医薬品卸組合と、大規模災害時に県外等から輸送される医薬品等を受入れ、仕分け及び管理を行う一次医薬品集積所に関する覚書を交換しています。

（９）防災マニュアル・業務継続計画（ＢＣＰ）の整備、訓練

- 各医療機関は大規模災害時でも診療活動を継続できるよう、防災マニュアルやＢＣＰを策定するとともに、院内での災害訓練や他院と連携した訓練などを通して内容について検証し、見直すことが重要です。

２ 保健衛生対策

- 震災発生後の避難状況に応じた効果的な保健衛生対策（エコノミークラス症候群、生活不活発病、感染症予防、メンタルヘルス等）を実施するために、避難所設営・運営担当部署、及び医療関係機関・団体と連携した、相談、啓発の体制づくりが必要です。
- 災害時には医療救護活動と保健衛生活動を連動させる効率的なシステムが重要であり、保健所に設置される「地域災害医療連絡会議」で地域の実情にあった連携体制の構築を推進するとともに、医療チーム、保健師チーム等の間における情報共有に関する課題が指摘されており、「被災地に派遣される医療チームや保健師チーム等を全体としてマネジメントする機能を構築します。

３ 原子力災害医療・特殊災害医療について

- 平成２７（２０１５）年に国の原子力災害対策指針が改正され、原子力災害時における医療対応には、通常の救急・災害医療に加えて被ばく医療の考え方を取り入れた医療提供体制が必要になることが示されました。県では、平成３０（２０１８）年１月に、原子力災害拠点病院として３医療機関、原子力災害医療協力機関として１３医療機関を指定・登録しました。
- それに基づき県では、宮城県地域防災計画及び、原子力防災緊急時被ばく医療活動マニュアルの見直しを進めています。
- NBC（核・生物・化学）などの災害への準備が必要です。

【図表５－２－７－３】原子力災害拠点病院、原子力災害医療協力機関（順不同）

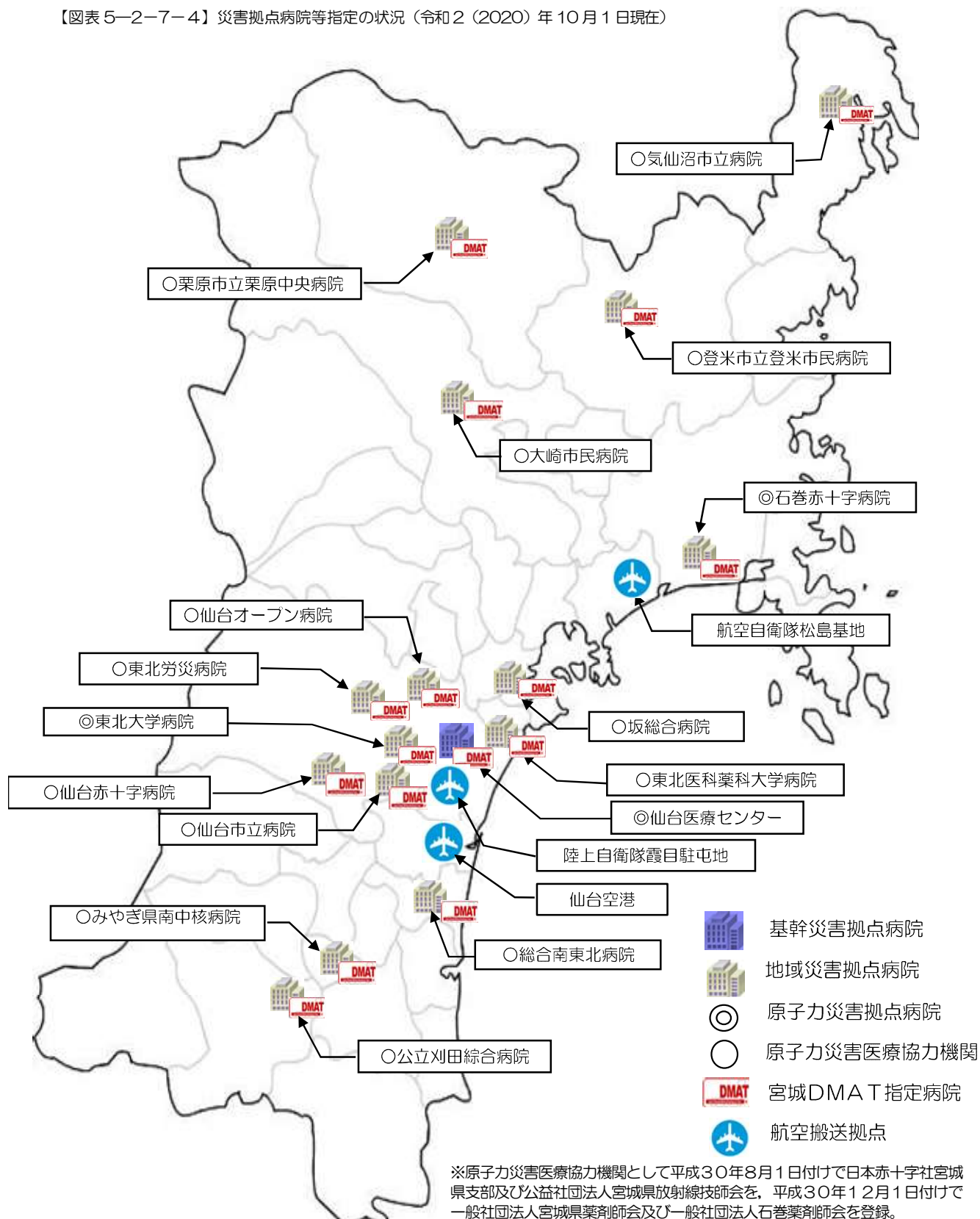
原子力災害拠点病院	東北大学病院、仙台医療センター、石巻赤十字病院
原子力災害医療協力機関	公立刈田総合病院、みやぎ県南中核病院、総合南東北病院、仙台市立病院、仙台赤十字病院、東北労災病院、東北医科薬科大学病院、仙台オープン病院、坂総合病院、大崎市民病院、栗原市立栗原中央病院、登米市立登米市民病院、気仙沼市立病院

出典：県保健福祉部調査

災害医療機能の現況

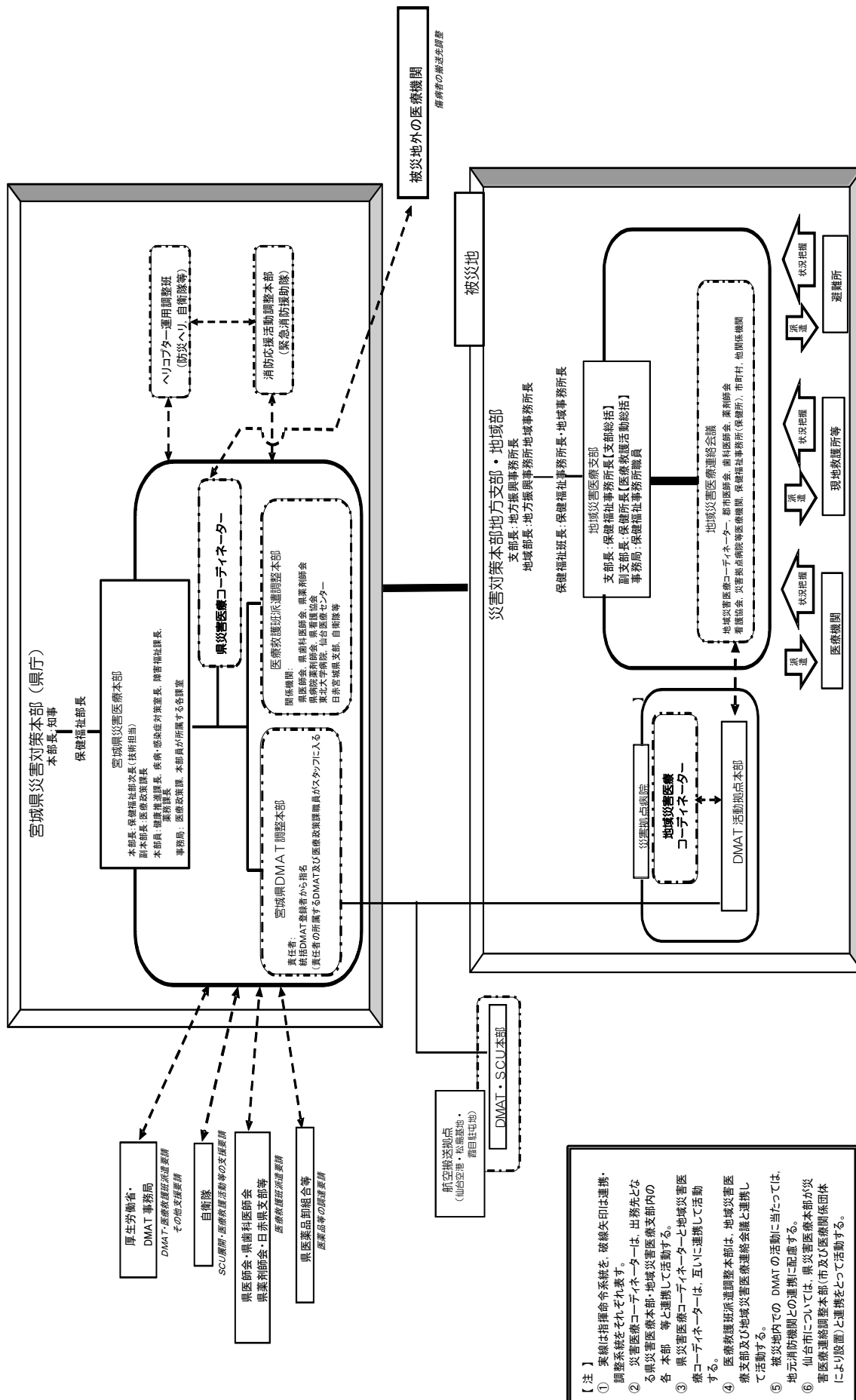
- 大規模災害発生時は、県を挙げての対応となることから、災害医療の医療圏は全県1圏域とします。

【図表 5-2-7-4】災害拠点病院等指定の状況（令和2（2020）年10月1日現在）



出典：県保健福祉部調査

【図表5-2-7-5】宮城県災害医療救護体制



1 大規模災害時の医療救護体制の強化

- 大規模災害時の医療救護体制は、県災害対策本部の中に（仮称）宮城県保健医療調整本部を、また、県災害対策本部地方支部・地域部の中に（仮称）地域保健医療調整本部をそれぞれ設置し、災害時に有効な通信・人員・場所・資機材を確保するとともに、関係機関との連携のもと、被災者への医療を確保するための体制を構築します。
- 平時においても、災害医療コーディネーター意見交換会、災害拠点病院連絡会議や宮城DMAT連絡協議会の活動を通じて、また、地域においては各支部で地域災害医療連絡会議を開催することで、関係機関との連携のもと、災害時医療救護体制の構築に取り組みます。
- 防災訓練や実災害への対応等を通じて大規模災害時医療活動マニュアルの記載内容を検証し、現状に即した内容となるようマニュアルを改定していきます。
- 平成28（2016）年に運航を開始した宮城県ドクターヘリの災害時の活用を検討します。
- 市町村は、市町村災害対策本部内に医療救護を担当する部門を設けること及び責任者をあらかじめ決めておくことが必要です。市町村が地域の医師会等と活動体制や内容について事前に協議しておくとともに、必要に応じ協定を締結する等、平時から市町村の災害時医療救護体制が整備・強化されるよう促進します。
- 災害拠点病院は、災害時における救急患者への医療支援に備え、災害時における情報の収集・発信方法、救急患者の受入方法、医療救護班・DMAT等の派遣及び受入れの方法等を記載した災害対策マニュアルを作成するとともに、BCPを作成し、作成したBCPに基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を行います。
- 災害拠点病院は、災害急性期後も継続的に必要な医療を提供できるよう、JMAT、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと定期的な訓練を実施し、災害時の医療救護体制を強化していきます。
- 地域の病院・診療所は、事前にBCPの作成に努めるほか、自院や地域の被害状況によって軽症の傷病者の受入れや通常の診療を実施するよう努めます。また、病床のある病院・診療所は災害拠点病院の後方病床としての役割を想定しておきます。自院で診療を行っている在宅要医療患者の台帳の整備に努めるとともに、災害時の対応について市町村、患者に周知しておきます。県は医師会等の関係団体と連携して啓発します。
- 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会等の医療救護関係団体は、県からの災害時の派遣要請に備え、医療救護活動が効果的かつ効率的に行えるよう、災害活動マニュアル等の整備に努めます。

2 DMAT・災害医療コーディネーター等の養成の推進

- 全ての災害拠点病院にDMATが整備されるよう、都道府県DMAT養成研修を定期的に行う等、DMAT隊員数の維持、充実を推進します。
- 今後も、関係機関が行う研修を活用して、災害医療コーディネーターの養成・訓練を実施します。
- 国が実施する、災害時小児周産期リエゾン養成研修により、人材を育成し、医療救護体制の整備を図ります。
- 被災等によって機能しなくなった精神医療の補完のほか、災害ストレス等における被災住民や支援者に対する専門的なこころのケア対策に対応するため、県DPAT養成研修を定期開催するなど派遣に係る体制の整備を進めます。

3 災害対応訓練・研修の推進

- 宮城県総合防災訓練や東北ブロックDMAT参集訓練等を通じて、医療関係機関と防災関係機関、行政機関との連携を推進します。
- 救急医療情報システムやMCA無線等の使用方法の習熟を図ります。
- 災害時の健康危機管理体制の充実強化を図るため、保健所等の職員を研修に派遣し、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）要員を養成します。

4 中長期の避難に対応できる体制の構築

- 医療救護班及び歯科医療救護班による迅速な医療救護活動の実施のため、地域災害医療支部単位で「地域災害医療連絡会議」を開催し、平時から地域のネットワークづくりに取り組みます。
- 医療救護班等と県保健福祉事務所（保健所）及び市町村保健担当課との連携を図り、円滑な保健衛生活動を行える体制の確保に取り組むとともに、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部を設置する体制を構築します。

5 医療依存度の高い要配慮者対策

- 身体障害者や難病患者のうち、人工呼吸器装着患者等の医療依存度が高い要配慮者について、安否確認や必要に応じた医療機関への移送が行える体制を構築します。
- 人工透析、人工呼吸器使用、在宅酸素療法、インスリン治療、結核その他在宅で薬剤治療、医療処置を必要とする在宅要配慮者の災害時医療について、必要な医療が確保できるように、医薬品供給体制を含めた医療体制を整備します。

6 原子力災害医療・特殊災害対策

- 原子力災害拠点病院及び原子力災害医療協力機関を指定・登録し、原子力災害医療体制の構築に取り組みます。
- 国が指定している高度被ばく医療支援センター及び原子力災害医療・総合支援センターで実施する研修等により、原子力災害医療の提供に必要な人材育成を推進します。
- 原子力防災訓練等を通じて、原子力災害拠点病院及び原子力災害医療協力機関と防災関係機関、行政機関との連携を推進します。
- 国が実施するNBC災害・テロ対策研修により、NBC災害に対応できる体制の整備を図ります。

数値目標

指 標	現 況	2023 年度末	出 典
災害医療コーディネーター任命者数	28 人	33 人	令和2年度県保健福祉部調査
地域災害医療支部における訓練実施回数	7 回	8 回以上（全8支部で年1回以上実施）	令和元年度県保健福祉部調査
災害拠点病院において策定したBCPに基づく被災状況を想定した訓練実施回数	9 回	16 回以上（全拠点病院で年1回以上実施）	「令和元年度災害拠点病院の現状調査」（平成30（2019）年4月1現在）（厚生労働省）

<医療救護班とは>

原則として被災直後は3日程度を、また、その後は1週間前後を想定した派遣体制を持った医療救護チーム。下記のほか、さまざまなチームがあります。

- 災害派遣医療チーム（DMAT）
：災害急性期（発災直後48時間）に活動できる機動性を持った医療チーム。
宮城県をはじめとして、独自に都道府県DMATを養成又は必要性を検討している都道府県もあります。
- 災害派遣精神医療チーム（DPAT）
：被災地における精神科医療活動等の総合調整や精神保健活動の支援等を行うチーム。
- 日本医師会災害医療チーム（JMAT）
：日本医師会が、都道府県医師会の協力を得て編成し、被災地に派遣する医療チーム。県内には県医師会・県歯科医師会・県薬剤師会・県看護協会・県医薬品卸組合にて構成されるJMAT宮城があります。
- 日本赤十字社救護班
：赤十字病院の医師・看護師などを中心に構成されるチーム。救護所の設置被災現場や避難所での診療を超急性期から慢性期までこころのケアを含めて行います。

<災害時の情報システムについて>

- 広域災害救急医療情報システム（EMIS）
：災害時に被災した都道府県を越えて医療機関の稼働状況など災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速且つ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供することを目的に厚生労働省が整備・運営しているシステム。
- MCA無線
：一定数の周波数を多数の利用者が共同で利用するMCA（Multi-Channel Access）方式を採用した業務用デジタル無線システム。利用者は、同じ識別符号を持った会社等のグループ単位ごとに無線通話を行うことができます。

第8節 へき地医療

【目指すべき方向性】

- 地域の住民が適切な医療を受けることができるよう、へき地診療所^{*1}の運営を支援します。
- へき地診療所による医療提供体制を確保するため、へき地医療拠点病院^{*2}の役割強化と機能充実を図ります。
- へき地医療を担う医師が安心して勤務・生活できるよう、動機付けやキャリア形成を支援し、へき地医療従事者の確保・定着を図ります。

現状と課題

1 宮城県のへき地医療の現状

- 本県には、へき地医療対策の必要な地区として、令和元年10月末時点で、無医地区^{*3}（9地区）、無医地区に準じる地区^{*4}（7地区）、無歯科医地区（8地区）、無歯科医地区に準じる地区（6地区）があり、地域住民に対する医療提供体制を確保するため、令和2年10月1日時点で、へき地診療所（16ヶ所）が整備・運営されています。
- 県内の無医地区・無歯科医地区は、東日本大震災で被災した医療機関の閉鎖等に伴い一時的に増加したものの、令和元年10月末時点では、震災前の数を下回っており、交通環境の整備が進んだことなどにより減少傾向にあります。

【図表5-2-8-1】県内無医地区・無歯科医地区等の状況（令和元（2019）年10月末現在）

医療圏	市町村	無医地区	準無医地区	無歯科医地区	準無歯科医地区	備考
仙南	白石市		蔵王、上戸沢		蔵王、上戸沢	蔵王（無医地区→準無医地区） //（無歯科医地区→準無歯科医地区）
	七ヶ宿町		千蒲		千蒲	
	丸森町	羽出庭、峠、青葉・黒佐野、耕野、筆甫	大張	羽出庭、峠、青葉・黒佐野、耕野、筆甫、大張		
石巻・登米・気仙沼	登米市	大綱木・合ノ木、相川、嵯峨立	野尻、大萱沢	相川	野尻、大萱沢	大綱木・合ノ木（無歯科医地区→非該当）
	女川町	出島・寺間	江島	出島・寺間	江島	江島（無医地区→準無医地区） //（無歯科医地区→準無歯科医地区）
2 医療圏	5 市町	9地区	7地区	8地区	6地区	
		無医地区等計16地区		無歯科医地区等計14地区		

出典：「令和元年度 無医地区等調査・無歯科医地区等調査」（厚生労働省）、県保健福祉部調査

*1 へき地診療所

無医地区及び無医地区に準じる地区において、地域住民の医療を確保することを目的として整備、運営される診療所をいいます。整備しようとする場所を中心として概ね半径4km以内に人口1,000人以上であって、かつ最寄りの医療機関まで30分以上を要する診療所をいいます。また、人口が原則300人以上1,000人未満の離島に所在する診療所をいいます。

*2 へき地医療拠点病院

無医地区及び無医地区に準じる地区を対象として、へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等への代診医派遣などの医療活動を継続的に実施できると認められる病院のことです。都道府県知事が指定します。

*3 無医地区（無歯科医地区）

医療機関（歯科医療機関）のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関（歯科医療機関）を利用することができない地区をいいます。

*4 無医地区（無歯科医地区）に準じる地区

無医地区（無歯科医地区）には該当しないものの、これに準じて医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣が適当と認めた地区をいいます（準無医地区・準無歯科医地区）。

【図表5-2-8-2】県内無医地区・無歯科医地区数の推移

	平成元年度	平成6年度	平成11年度	平成16年度	平成21年度	平成26年度	令和元年度
無医地区等	29	33	33	28	17	19	16
無歯科医地区等	40	42	37	29	17	18	14

出典：「令和元年度 無医地区等調査・無歯科医地区等調査」（厚生労働省）

2 医療提供体制の現状と課題

- ヘき地医療を広域的かつ効率的に支援するため、平成15（2003）年に、県医療整備課（現医療政策課）内にヘき地医療支援機構を設置しました。令和2年4月1日現在、ヘき地医療拠点病院に4病院を指定し、ヘき地診療所への代診医派遣などを実施しています。
- 代診医派遣回数は、平成24（2012）年度以降は増加傾向にありますが、この制度を活用していない診療所も多数あることから、制度の普及啓発や積極的な活用が課題となっています。また、ヘき地医療支援機構による支援以外にも、地元病院との連携や医師間の診療協力により補われていますが、安定的な支援体制の確保のため、ネットワークの整備が必要な状況にあります。
- ヘき地診療所等の医療施設や心電図などの医療設備、ヘき地患者輸送車等の整備支援を行っています。
- 医学生修学資金等貸付事業などを通じた人材の確保に取り組んでいます。また、ヘき地医療等の地域医療を担う自治医科大学卒業医師には卒後9年間に後期研修や週1回の研修など、臨床技術の向上を図る機会が提供されていますが、義務年限終了後は、自らのキャリアアップを図ることが難しいことなどから、ヘき地診療所への定着が進んでいない状況にあります。
- 東北地方の地域医療に貢献する総合診療医等の養成に重点を置いた東北医科薬科大学医学部が平成28（2016）年に開学し、今後のヘき地医療を含めた地域医療に貢献する人材の養成が行われています。地域医療に従事するための動機付けとして、県内外の医学生を対象とした研修会や、医学部等を目指す中高生に対する講演を実施するなど、医療従事者の確保に努めています。
- ヘき地診療所による訪問診療は増加傾向にあり、在宅医療を希望する住民への医療提供体制の整備に努めています。
- ヘき地における患者搬送体制については、従来の救急車両や船舶による搬送に加え、平成28（2016）年からのドクターヘリの導入に伴い、傷病者の救命率向上などの効果が見込まれています。
- 離島と本土をつなぐ橋梁の整備については、平成31（2019）年4月に気仙沼大島大橋が開通したほか、女川町出島において整備が進められており、架橋による高次救急医療機関へのアクセス向上が期待されています。

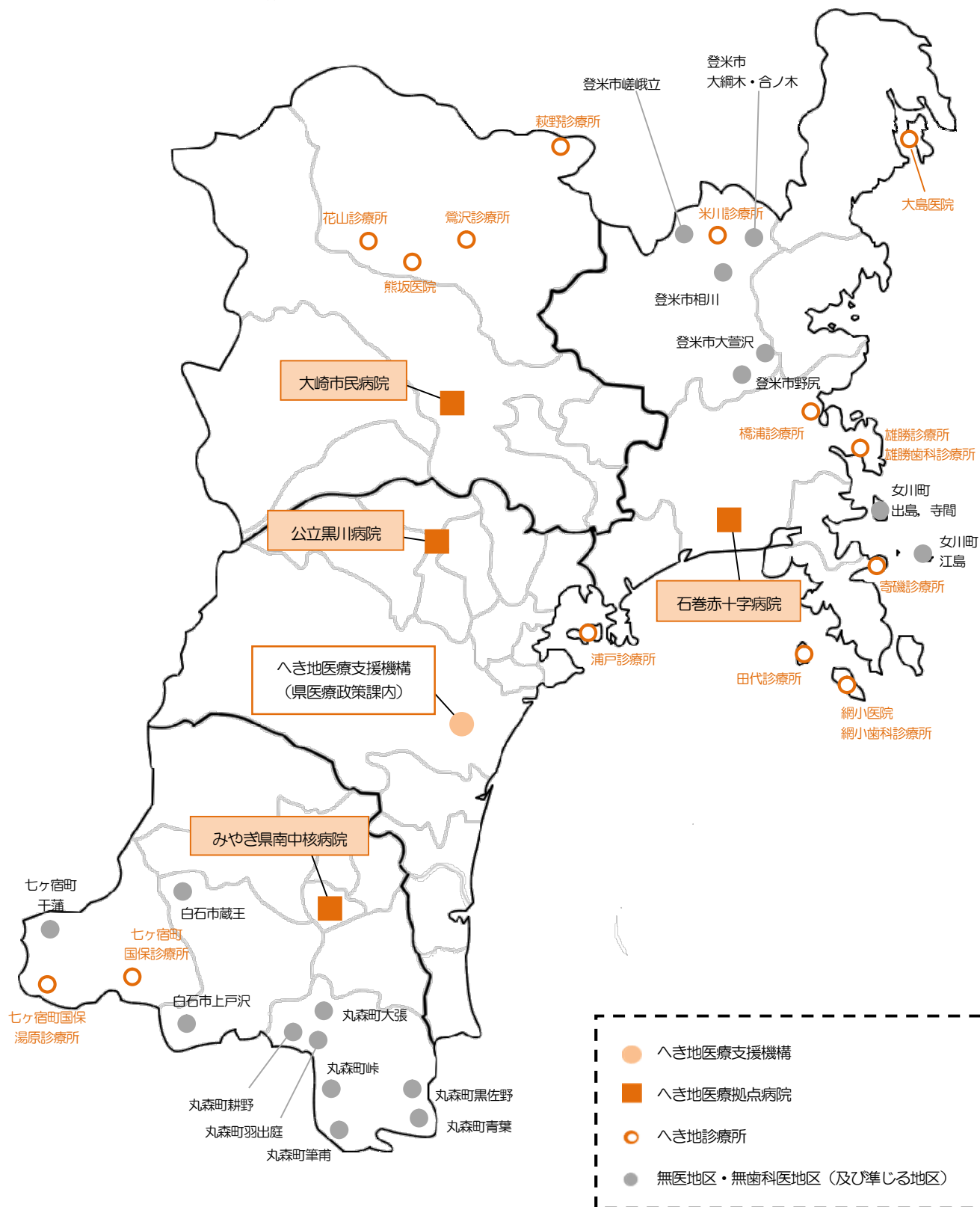
【図表5-2-8-3】ヘき地医療拠点病院の概況（令和2（2020）年度）

	公立黒川病院	石巻赤十字病院	みやぎ県南中核病院	大崎市民病院
開設者	地方公共団体 （黒川地域行政事務組合）	日本赤十字社	地方公共団体 （みやぎ県南中核病院企業団）	地方公共団体 （大崎市）
指定年度	平成18年度	平成24年度	平成27年度	平成30年度
診療科数	17科	34科	39科	43科
全病床数	170床	464床	310床	500床
常勤医数	16人	145人	94人	141人

出典：「令和2年度 ヘき地医療現況調査」（厚生労働省）、県保健福祉部調査

へき地医療機能の現況

【図表5-2-8-4】へき地医療体制



出典：「令和2年度 へき地医療現況調査」（厚生労働省），
県保健福祉部調査（令和2（2020）年10月現在）

【図表5-2-8-5】へき地診療所一覧（令和2年4月1日時点）

市町村	施設名称	開設者	診療科目	医療従事者		所在地
				職種	勤務形態	
七ヶ宿町	七ヶ宿町国民健康保険診療所	市町村	内科・小児科・ 外科・歯科	医師	常勤	刈田郡七ヶ宿町字関
				歯科医師	非常勤	
				看護師	常勤	
七ヶ宿町	七ヶ宿町国民健康保険湯原診療所	市町村	内科・小児科・ 外科	医師	常勤	刈田郡七ヶ宿町字東口道下
				看護師	非常勤	
塩竈市	塩竈市浦戸診療所	市町村	内科・外科	医師	派遣	塩竈市浦戸野々島
				看護師	非常勤	
栗原市	熊坂医院	個人	内科	医師	常勤	栗原市一迫字川口
				看護師	常勤	
	栗原市立花山診療所	市町村	内科	医師	常勤	栗原市花山字本沢北ノ前
				看護師	常勤	
	栗原市立鶯沢診療所	市町村	内科	医師	常勤	栗原市鶯沢南郷広面
				看護師	常勤	
	医療法人社団龍仁会 萩野診療所	医療法人	内科・小児科・ 整形外科・リハビ リテーション科	医師	常勤	栗原市金成有壁上原前
				看護師	非常勤	
登米市	医療法人社団緑水会 米川診療所	医療法人	内科・小児科	医師	常勤	登米市東和町米川字町下
				看護師	常勤	
石巻市	石巻市田代診療所	市町村	内科	医師	常勤	石巻市田代浜字仁斗田
				看護師	常勤	
	石巻市寄磯診療所	市町村	内科・外科	医師	常勤	石巻市寄磯浜赤島
				看護師	常勤	
	石巻市橋浦診療所	市町村	内科・小児科	医師	常勤	石巻市北上町橋浦字大須
				看護師	常勤	
	医療法人陽気会 網小医院	医療法人	内科・外科・整形 外科・脳神経外科 ・泌尿器科	医師	常勤	石巻市長渡浜杉
				看護師	常勤	
	医療法人陽気会 網小歯科診療所	医療法人	歯科	歯科医師	非常勤	石巻市長渡浜杉
	石巻市雄勝診療所	市町村	内科・外科・ 整形外科	医師	常勤	石巻市雄勝町小島字和田
				看護師	常勤	
気仙沼市	大島医院	個人	内科・整形外科	医師	常勤	気仙沼市高井
				看護師	常勤	

出典：「令和2年度 へき地医療現況調査」（厚生労働省），県保健福祉部調査
※令和2（2020）年4月1日時点（気仙沼市のみ，令和2（2020）年8月1日時点）

【図表5-2-8-6】へき地診療所への代診医派遣実績

(単位：回)

	平成23 年度	平成24 年度	平成25 年度	平成26 年度	平成27 年度	平成28 年度	平成29 年度	平成30 年度	令和元 年度
派遣回数	25	36	35	38	47	52	52	75	34

【図表5-2-8-7】へき地医療の体制（令和2年10月1日時点）

	へき地医療	へき地医療の支援医療	行政機関等の支援
機能	へき地における医療	へき地の診療を支援する医療	行政機関等によるへき地医療の支援
目標	<ul style="list-style-type: none"> ● 無医地区等における地域住民の医療の確保 ● 専門的な医療や高度な医療へのアクセスの向上 	<ul style="list-style-type: none"> ● 診療支援機能の向上 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療計画の作成 ● 作成した計画に基づく施策の実施
医療機関例	<ul style="list-style-type: none"> ● へき地診療所（16カ所） 	<ul style="list-style-type: none"> ● へき地医療拠点病院 4カ所 公立黒川病院、石巻赤十字病院、みやぎ県南中核病院、大崎市民病院 ● 特定機能病院 東北大学病院 ● 地域医療支援病院 13カ所 ● 臨床研修病院 18カ所 ● 救命救急センターを有する病院 6カ所 東北大学病院高度救命救急センター 仙台医療センター救命救急センター 仙台市立病院救命救急センター 大崎市民病院救命救急センター 石巻赤十字病院救命救急センター みやぎ県南中核病院救命救急センター 	<ul style="list-style-type: none"> ● 宮城県 ● 宮城県へき地医療支援機構（宮城県保健福祉部医療政策課内） ● 宮城県医師育成機構（宮城県保健福祉部医療人材対策室内） ● 公益社団法人地域医療振興協会
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 総合的な診療が可能な医師 ● 巡回診療の実施 ● へき地医療拠点病院等における研修への参加 ● 保健指導の提供 	<ul style="list-style-type: none"> ● 巡回診療等による医療の確保 ● へき地診療所への代診医の派遣及び技術指導、援助 ● へき地の医療従事者に対する研修の実施、研究施設の提供 ● 遠隔診療等の実施による各種診療支援 ● 24時間365日、医療にアクセスできる体制の整備 ● 高度診療機能による、へき地医療拠点病院の診療活動の援助 ● その他、へき地における医師確保のために市町村が実施する事業への協力 	<p>【宮城県】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療計画の策定 ● 地域医療計画に基づく施策の実施 <p>【へき地医療支援機構・医師育成機構】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療計画に基づく施策の実施 ● 代診医派遣等の調整、へき地医療拠点病院への代診医派遣要請 ● へき地医療従事者へのキャリア形成支援 ● 両機構の連携による、へき地医療体制の総合的な企画運営
連携	<div> <div> ■ へき地医療拠点病院のへき地診療所への支援 </div> <div> ■ 地域の中核的な病院とへき地診療所の連携 </div> </div>		

施策の方向

1 無医地区等への安定的な医療提供体制の確保

- へき地診療所の運営を支援するとともに、へき地診療所等の施設・設備の整備を推進します。
- へき地医療拠点病院からへき地診療所への代診医派遣を調整するとともに、各へき地診療所からの要請に応じて派遣体制を充実させます。
- 宮城県医師育成機構等と連携して、自治医科大学関係事業や医学生修学資金等貸付事業などによる人材の確保や、東北医科薬科大学等の医学生を対象とした地域医療への理解を深める取組を推進し、医療従事者の確保に努めます。併せて、へき地医療を担う医師のキャリア形成を支援し、へき地への定着を推進します。

- へき地における医療従事者の確保や医師のキャリア形成支援等をより効果的・効率的に推進するため、国の動向も踏まえつつ、宮城県へき地医療支援機構と宮城県医師育成機構の統合も視野に入れた、より一体的な取組について検討を進めます。

2 へき地医療支援体制の拡充

- 宮城県へき地医療支援機構と宮城県医師育成機構の連携により、へき地医療拠点病院からの代診医派遣等、へき地診療所への効率的・効果的な支援を行います。併せて、へき地医療拠点病院から代診医を派遣しやすい環境の整備に努めます。
- へき地の医療提供体制を確保するため、へき地医療拠点病院の機能を強化し、へき地医療従事者が医療知識・技術を習得するための研修の実施等、へき地診療所の支援に努めます。また、へき地医療拠点病院を新たに指定し、へき地医療支援体制の拡充を図ります。併せて、県内全てのへき地医療拠点病院において、必須事業*1を継続的に実施できるようになることを目指します。

3 へき地医療の地理的格差の解消

- 住民の様々なニーズに対応するため、保健・医療・福祉関係機関が相互に情報を共有することにより、地域連携を強化し、地理的格差の解消に努めます。
- 専門医が不足する地域において、病院・診療所間の連携や医師間による連携を図るため、ICTを活用した「遠隔カンファレンスシステム」導入を支援します。
- 住民が安心して生活できるよう、無医地区等における訪問診療・訪問看護提供体制の確保に努めます。
- 救急艇やドクターヘリの活用により、へき地における救急医療体制の一層の充実を目指します。

数値目標

指 標	現 況	2023年度末	出 典
へき地医療拠点病院の指定	4病院	5病院	(知事指定件数)
代診医派遣回数	34回 (2019年度)	60回	令和2年度県保健福祉部調査
へき地医療拠点病院の中で必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合	80.0% (2019年度)	100.0%	令和2年度県保健福祉部調査

<総合診療医>

離島や山間部などのへき地では、他の地域に比べ、高齢化が進んでいるところも多くあり、地域のコミュニティを維持していくためには、医療の確保対策が重要です。

へき地診療所では、1人の医師が内科、外科、小児科など、幅広い領域の初期対応を担うことも多く、総合的な能力や知識をもった「総合診療医」としての役割が求められています。

*1 必須事業

「へき地保健医療対策等実施要綱」（平成30年3月29日医政発0329第12号厚生労働省医政局長通知）において定められている。

へき地医療拠点病院が行う事業のうち、いずれかは必須で実施すべきとされている以下の事業

- ・巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること
- ・へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること
- ・遠隔医療等の各種診療支援に関すること

第9節 周産期医療

【目指すべき方向性】

地域で安心して子どもを産むことのできる体制の維持・充実を目指し、以下に掲げる取組を進めます。

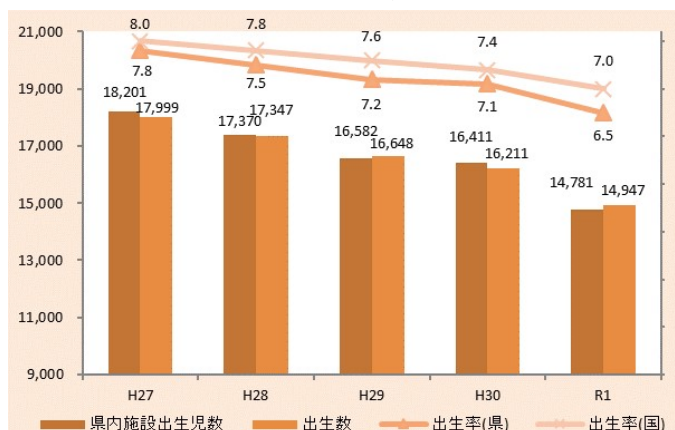
- 周産期医療の機能分担及び連携強化と共に、周産期医療従事者の確保・育成・再教育による安全な医療提供体制の確保を図ります。
- 新生児医療の有効活用のための後方支援の充実と小児の療養・療育支援が可能な体制の確保を図ります。
- 災害時小児周産期リエゾンを育成する等、災害時の体制の強化を図ります。
- 妊産婦のメンタルヘルスケア等について連携体制の強化を図ります。

現状と課題

1 宮城県の周産期医療の現状

- 本県では、出生数、出生率は減少傾向にあります。県内施設における低出生体重児のうち、出生数全体に占める1,500g未満の極低出生体重児の割合は、1.0%で推移しています。
- 周産期死亡率は、令和元（2019）年の人口動態統計による本県の周産期死亡数は61人（周産期死亡率4.1）、県調査（県内施設における出産児数）で見ると、周産期死亡数は56人（周産期死亡率3.8）と、いずれも全国平均を上回りました。
- 分娩件数は減少傾向にありますが、早産は5.6%と一定の割合で推移しています。
- 飛び込み出産数は、30件前後で推移しており、また、10代の割合が減少傾向にあります。
- 様々な理由で妊婦健診を受診することができない妊婦に対しては、飛び込み出産を予防するため、東北大学病院をはじめとする周産期母子医療センターや地域の母子保健担当課等が協力して対応しています。

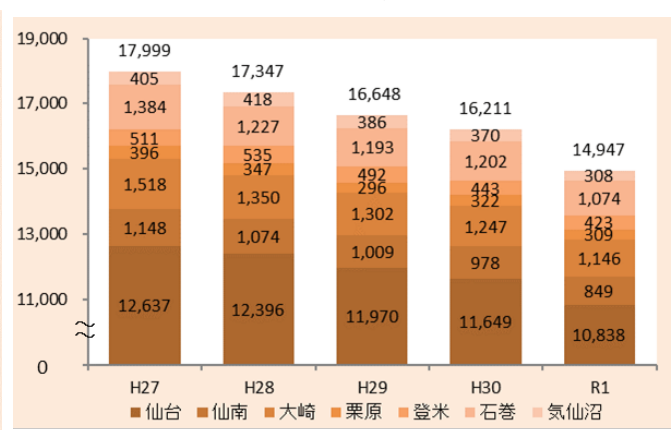
【図表5-2-9-1】県内の出生数の推移



出典：出生数、出生率：「人口動態統計」（厚生労働省）

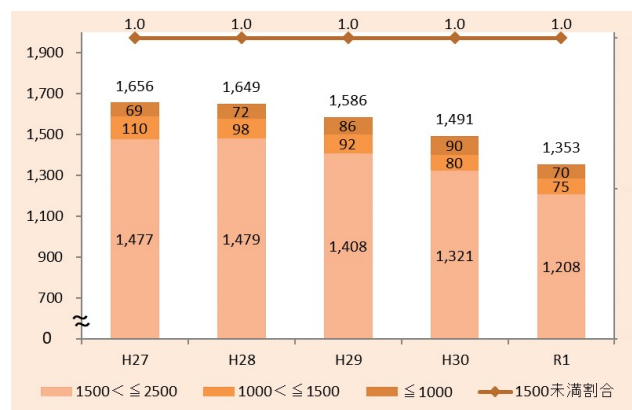
県内施設出産児数「宮城県周産期医療機能調査」（県保健福祉部）

【図表5-2-9-2】圏域別出生数の推移



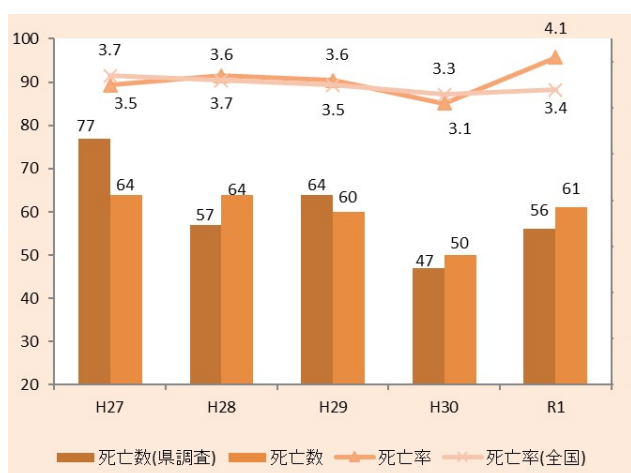
出典：「人口動態統計」（厚生労働省）

【図表5-2-9-3】県内施設における低出生体重児の推移



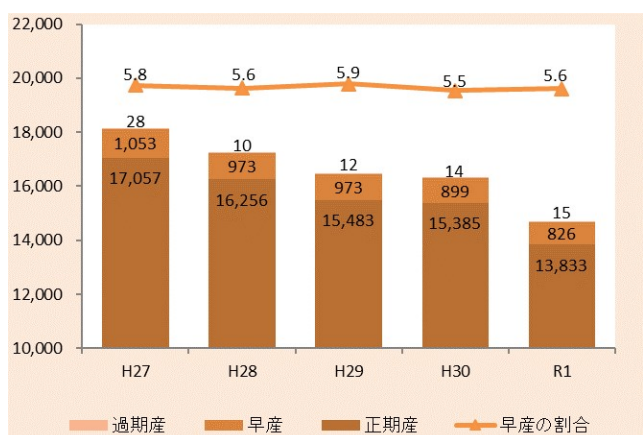
出典：「宮城県周産期医療機能調査」（県保健福祉部）

【図表5-2-9-5】周産期死亡率（出生千対）



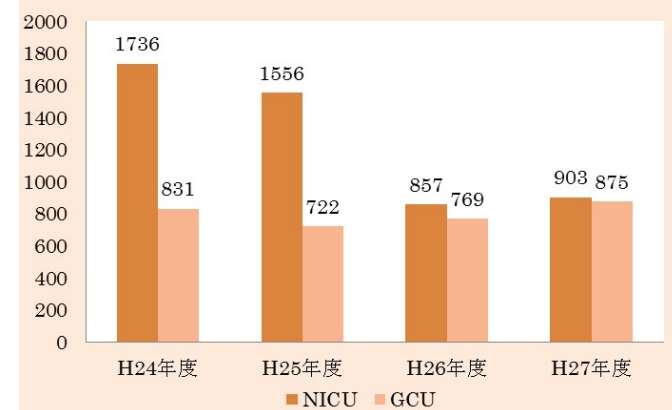
出典：死亡数(県調査)：「宮城県周産期医療機能調査」（県保健福祉部），死亡数・死亡率・死亡率（全国）：「人口動態統計」（厚生労働省）

【図表5-2-9-7】出産週数別母体数



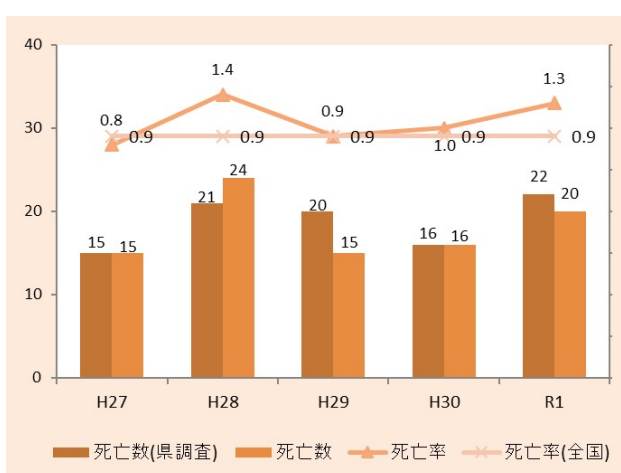
出典：「宮城県周産期医療機能調査」（県保健福祉部）

【図表5-2-9-4】NICU（診療報酬加算対象外含む）利用者の推移

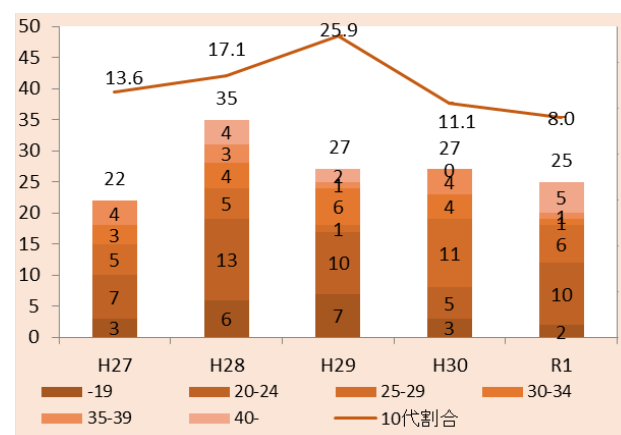


出典：「周産期母子医療センターの評価」（厚生労働省）

【図表5-2-9-6】新生児死亡率（出生千対）



【図表5-2-9-8】年齢別飛び込み出産数



出典：宮城県産婦人科医会調査

2 医療提供体制の現状と課題

（1）医療従事者の状況

- 分娩を取り扱う医師が不足している状態が続いています。産科・産婦人科医1人当たりの年間取扱出生件数は、仙台周産期医療圏とそれ以外の地域では件数に差があり、特に県北地域においては常勤医師1人当たりの年間取扱出生件数が多い状況にあります。また、ハイリスク妊婦の増加や未受診飛び込み分娩等の

対応などで長時間勤務が余儀なくされ、過酷な勤務条件となっています。

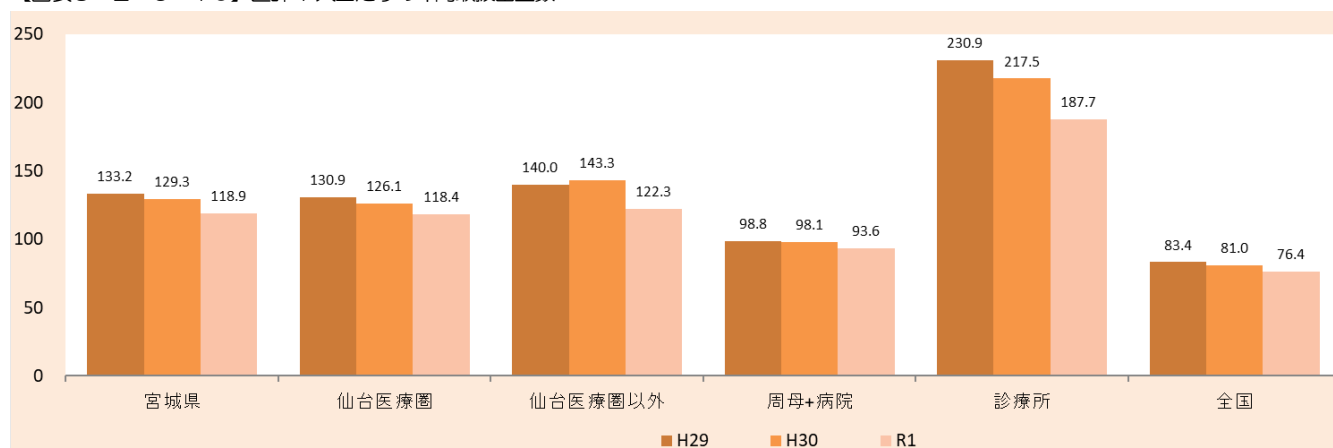
- 小児科医師は増加傾向にありますが、新生児医療を担当する医師は79.7人です。そのうち周産期専門医（新生児）は11人で、うち10人が仙台周産期医療圏、うち1人が石巻・登米・気仙沼周産期医療圏の周産期母子医療センターに勤務しています。
- 助産師は、地域偏在が課題となっています。また、助産師が看護業務に携わること等で、本来の専門性を発揮できない状況も見受けられます。

【図表5-2-9-9】産科・産婦人科常勤医師（令和2（2020）年4月1日現在）

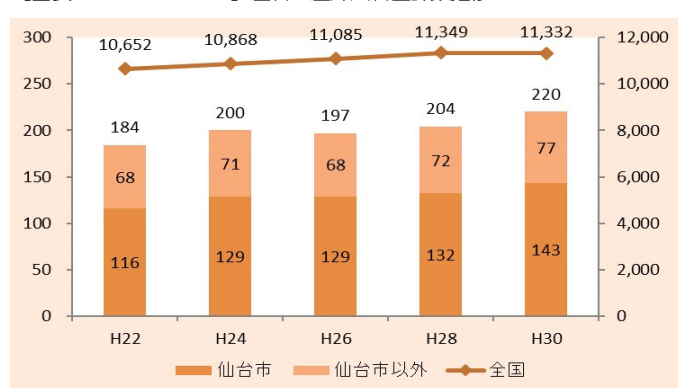
周産期圏域		分娩施設								
		周産期母子医療C				病院			診療所	
		常勤	非常勤	専攻医	常勤 (産科以外)	常勤	非常勤	専攻医	常勤	非常勤
仙南		2	0	0	8	0	0	0	2	0
仙台		52	1.2	7	55	15	0.25	4	17	3.5
大崎・	大崎	5	0	2	16	0	0	0	4	0
栗原	栗原	0	0	0	0	0	0	0	1	0
石巻・	登米	0	0	0	0	0	0	0	0	0
登米・	石巻	6	0	2	15	0	0	0	3	0
気仙沼	気仙沼	4	0.6	2	3	0	0	0	0	0
合計		69	1.8	13	97	15	0.25	4	27	3.5

出典：「令和2年度宮城県周産期医療機能調査」（県保健福祉部） ※非常勤は常勤換算。

【図表5-2-9-10】医師1人当たりの年間取扱出生数

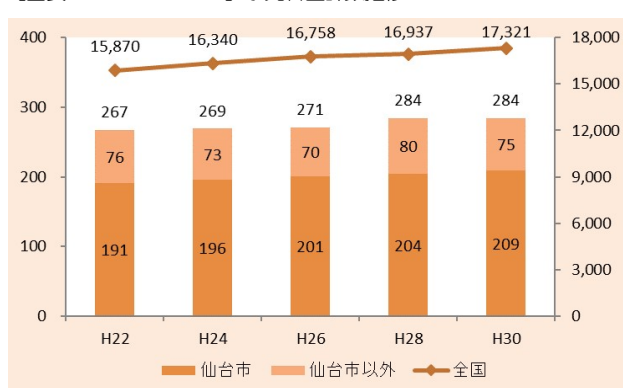


【図表5-2-9-11】産科・産婦人科医師数推移



出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

【図表5-2-9-12】小児科医師数推移



出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

【図表5-2-9-13】分娩施設勤務新生児医療担当小児科医師数及び助産師数（令和2（2020）年4月1日現在）

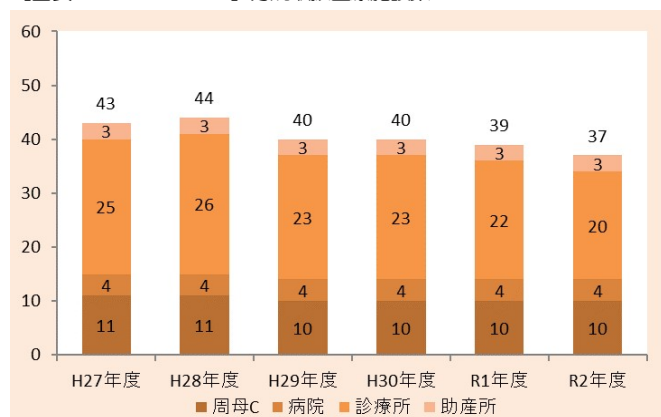
周産期圏域	新生児医療担当小児科医師					助産師（産科業務）							
	周産期母子医療C			病院		周産期母子医療C		病院(産科病棟)		診療所		助産所	
	常勤	非常勤	専攻医	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
仙南	5	0	0	0	0	15	0	0	0	2	0	0	0
仙台	32	0.4	7	13	0.3	261	2.2	72	4.08	88	18.18	1	3
大崎・大崎	7	0	3	0	0	28	0	0	0	13	0.94	1	0.2
栗原・栗原	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.4	0	0
石巻・登米	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
登米・石巻	7	0	3	0	0	25	0	0	0	7	2	0	0
気仙沼・気仙沼	2	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0
合計	53	0.4	13	13	0.3	343	2.2	72	4.08	111	21.52	2	3.2

出典：「令和2年度宮城県周産期医療機能調査」（県保健福祉部） ※非常勤は常勤換算。

（2）医療施設の状況

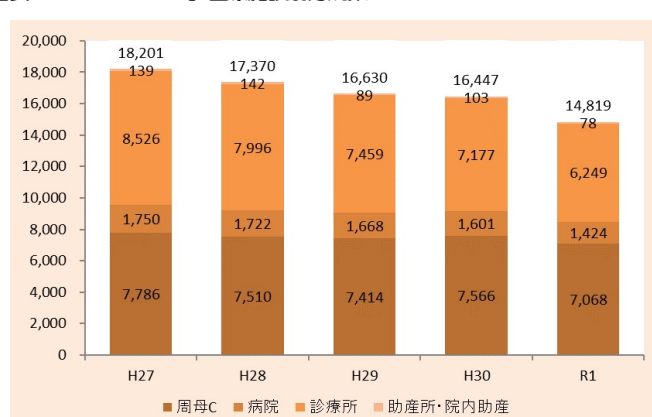
- 本県には、令和2（2020）年4月1日現在、総合周産期母子医療センターが2ヶ所、地域周産期母子医療センターが8ヶ所あります。地域周産期母子医療センターは各周産期医療圏に1ヶ所以上あり、地域の周産期医療の中核を担っています。
- 分娩取扱い医療施設が減少しており、取り扱う分娩数を制限している医療施設もあります。
- 施設別では、診療所の数が減少しており、周産期母子医療センターや病院、診療所での分娩数も減少傾向にあります。

【図表5-2-9-14】分娩取扱医療施設数



出典：県保健福祉部調査（令和2年4月現在）

【図表5-2-9-15】医療施設別分娩数



出典：「宮城県周産期医療機能調査」（県保健福祉部）

（3）宮城県周産期医療システム

- 各地域において、妊娠、出産から新生児に至る専門的な医療を効果的に提供するため、東北大学病院と仙台赤十字病院を総合周産期母子医療センターに指定し、各地域の地域周産期母子医療センター等との連携を図り、周産期医療体制の整備を進めています。（図表5-2-9-18～19）

（4）周産期救急搬送体制

- 母体の円滑な搬送及び受入れを行うため、東北大学病院と仙台赤十字病院に周産期救急搬送コーディネーターを配置し、関係機関の連携の確保に努めています。
- 周産期救急搬送におけるコーディネート割合は80%前後、コーディネート件数は年500～600件前後を推移しています。搬送先決定までに要する時間は20分以内が80%以上を占めています。
- 周産期救急搬送を円滑に行えるよう、周産期医療情報システムを運営し、県内の分娩取扱施設や消防本部に対してIDを発行し、周産期母子医療センターの空床情報や重症例の受入可能状況などの情報を共有しています。

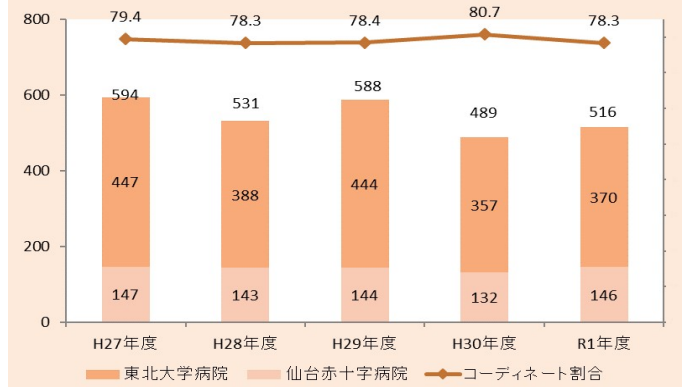
〈システムID発行医療施設等内訳〉（令和2（2020）年4月現在）

総合周産期母子医療センター	： 2ヶ所
地域周産期母子医療センター	： 8ヶ所
周産期母子医療センター以外の分娩取扱施設	： 30ヶ所
妊婦健診実施施設	： 14ヶ所
各消防本部	： 12ヶ所

【図表5-2-9-16】周産期救急搬送コーディネーターの体制

	母体救急			切迫 早産	母体救命 最優先
	分娩後	胎児死亡	胎児生存		
平日 日中	東北大学病院				
平日 夜間	東北大学病院				救命救急 センター
休日	仙台赤十字病院				

【図表5-2-9-17】周産期救急搬送コーディネート実績



出典：「周産期救急搬送コーディネーター事業報告書」（県保健福祉部）

（5）産科セミオープンシステム及び産科連携体制

- 分娩を行っている医療施設の減少等、産科医療提供体制が大きく変化している中で、分娩施設と健診施設が機能分担を図る産科セミオープンシステムの導入により、医療機関の連携による産科医療提供体制が確立されています。現在、仙南、仙台、県北、石巻の各地域で産科セミオープンシステムが稼働しています。（図表5-2-9-21～25）
- 仙台地域では、産科セミオープンシステムを利用する妊婦の情報を ICT によるネットワークで共有する、セグメントドネットシステムの運用が始まっています。（セグメントドネットシステムは令和2年10月1日より随時運用休止。）

（6）新生児医療の状況

- 本県のNICUについては、令和2（2020）年4月現在で78床ありますが、医師や看護師の人員配置や設備などの施設基準を満たしている診療報酬加算対象の病床は54床であり、そのほとんどが仙台周産期医療圏に集中し、地域偏在が課題となっています。（図表5-2-9-19）
- 国の指針では、都道府県のNICU病床数の目標は、出生1万人対25床から30床であり、本県の分娩施設における出生数（令和元（2019）年14,819人）をもとに換算すると、37床から44床となります。
- また、重度心身障害児の受入れを行う入所施設は満床状態が続いており、慢性重症呼吸不全などの児童が他施設に移行することが出来ず、効率的な病床運営が困難となっている事例も発生しています。

（7）災害対策

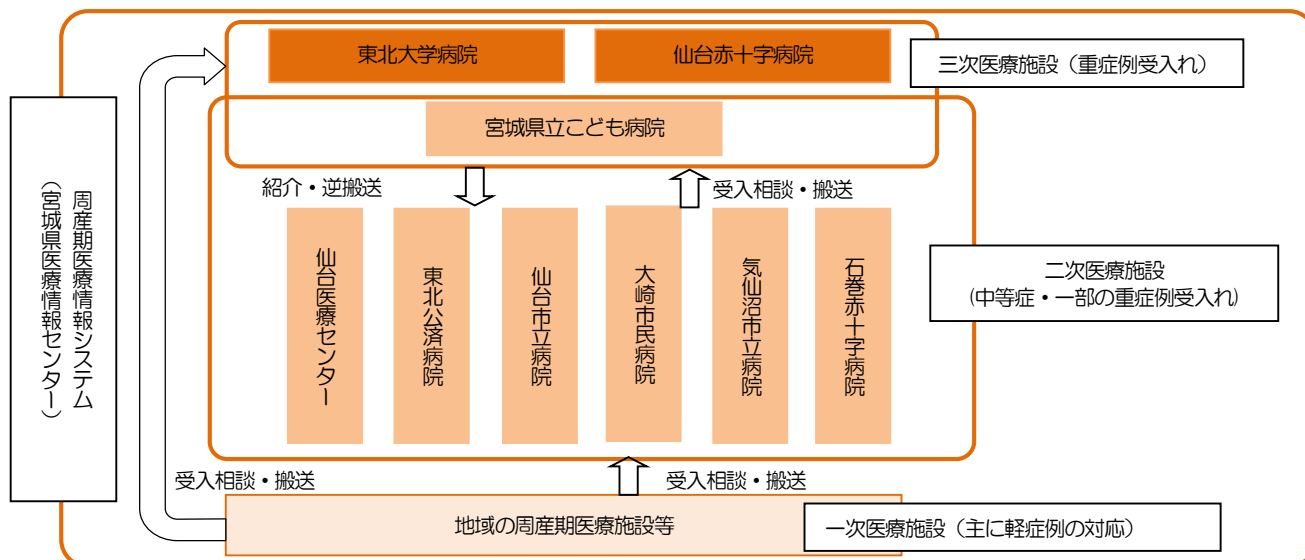
- 災害が発生した際に、関係機関との調整を行う災害時小児周産期リエゾンを育成・配置し、平時から日本産科婦人科学会大規模災害時大規模災害対策情報システムを活用し、各周産期母子医療センター等と連携を図りながら災害時の体制整備を進めています。
- 平時は周産期救急搬送コーディネーター事業で搬送調整を行っていますが、災害時は、東北大学病院を中心とした搬送調整体制の整備を進めています。
- 周産期母子医療センターにて災害時においても高度な周産期医療を提供できる体制を構築するために、非常用自家発電設備や給水設備の保有、事業継続計画（BCP）の策定等について推進しています。

(8) 妊産婦のメンタルヘルス等に関する対応

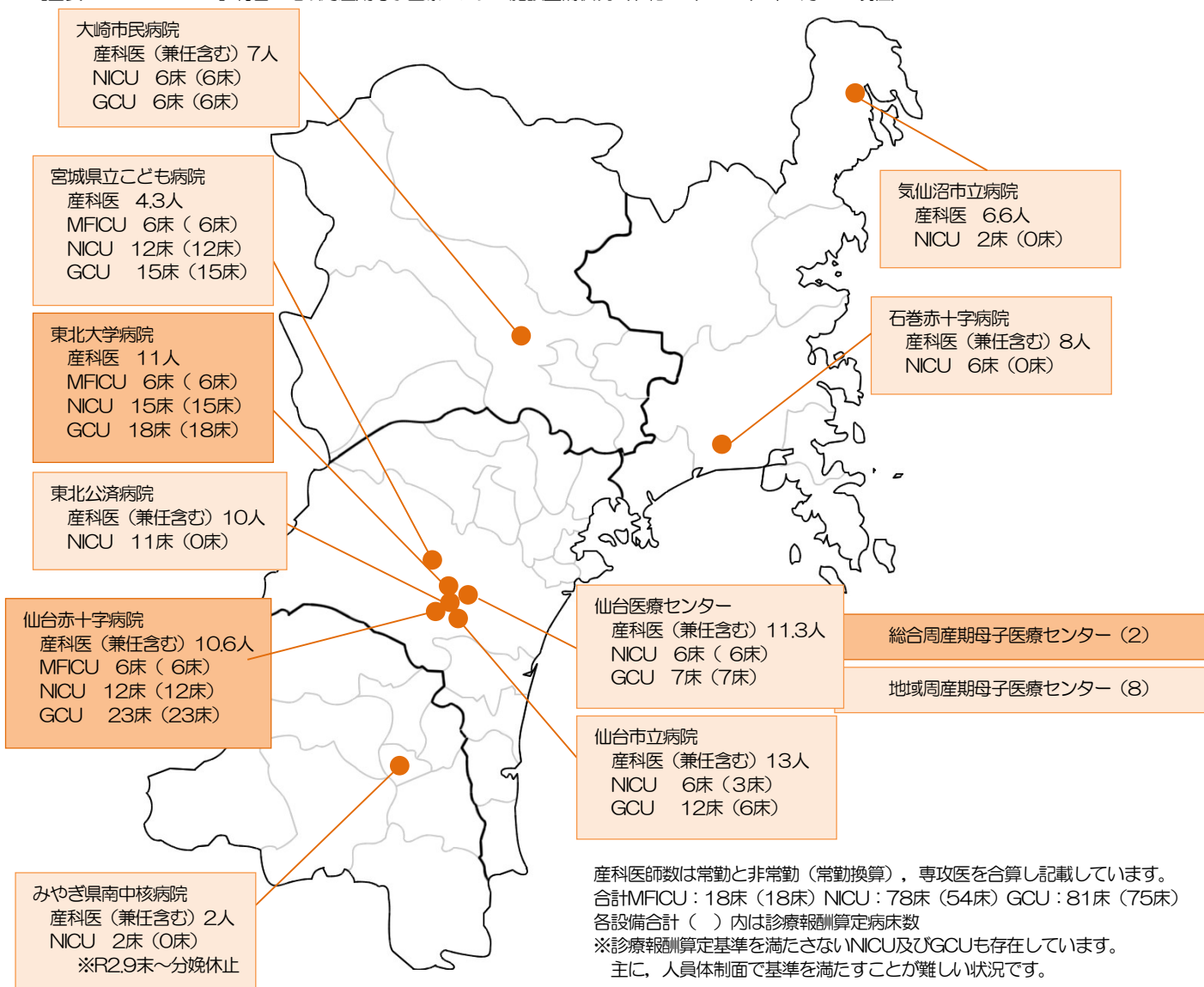
- 本県の精神科治療が必要な妊産婦の入院は、主に総合周産期母子医療センターの東北大学病院及び地域周産期母子医療センターの仙台医療センターで対応しています。(図表5-2-9-26)
- 経済的理由や家族・パートナーに相談できないなどの不安を抱え、支援を要する妊産婦については、産科医療施設と市町村が連携し早期把握・早期支援が必要です。
- 市町村等母子保健関係機関と産科医療機関は、EPDS（エジンバラ産後うつ病質問票）等を活用し、産後うつ等リスクの高い妊産婦の把握に努め、メンタルヘルスクケアを要する妊産婦の情報を交換し、支援を行っています。
- 妊娠期間中のメンタルヘルスのスクリーニングの重要性がより高まっており、今後は、妊産婦の抱える問題の内容や重症度に応じた各領域での役割分担と連携方法を明確化し、地域の実情に応じた関係機関間の連携体制の維持・強化が必要となっています。
- 妊産婦のメンタルヘルスクケア推進の為に、産婦人科と精神科・小児科等医療機関の連携と共に、周産期医療従事者の継続的な研修による啓発や、産前・産後の相談支援の充実が必要となっています。

周産期医療の医療機能の現況

【図表5-2-9-18】宮城県周産期医療システム概念図（令和2（2020）年4月現在）



【図表5-2-9-19】総合・地域周産期母子医療センター施設整備状況（令和2（2020）年4月1日現在）



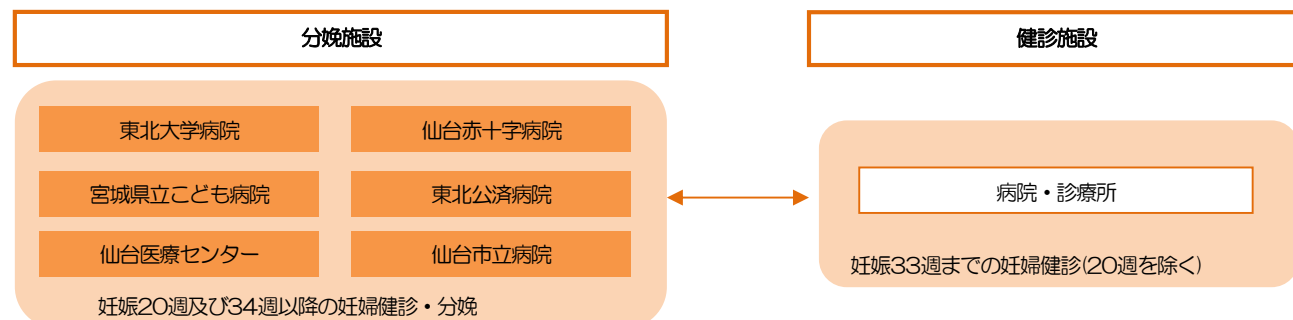
【図表5-2-9-20】宮城県内の分娩を行っている施設（令和2（2020）年4月現在。休止機関を除く）

周産期 医療圏	名称	周産期 医療圏	名称	周産期 医療圏	名称
仙南	みやぎ県南中核病院	仙台	メリーレディースクリニック	仙台	とも子助産院
	宮上クリニック		セイントマザークリニック		森のおひさま助産院
	毛利産婦人科		結城産婦人科医院	大崎 ・ 栗原	大崎市民病院
仙台	東北大学病院		T'sレディースクリニック		わんや産婦人科
	仙台赤十字病院		佐々木悦子産科婦人科クリニック		関井レディースクリニック
	宮城県立こども病院		仙台ソレイユ母子クリニック		ささき産婦人科クリニック
	東北公済病院		はらや・ゆうマタニティクリニック		ははこっこ助産院
	仙台医療センター		桂高森S・Sレディースクリニック	石巻 ・ 登米 ・ 気仙沼	石巻赤十字病院
	仙台市立病院		大井産婦人科		気仙沼市立病院
	スズキ記念病院		春ウイメンズクリニック		あべクリニック産科婦人科
	東北医科薬科大学病院		遠藤マタニティクリニック	合計	齋藤産婦人科医院
	坂総合病院		新富谷S・Sレディースクリニック		37施設
	松島病院		ウィメンズクリニック利府		

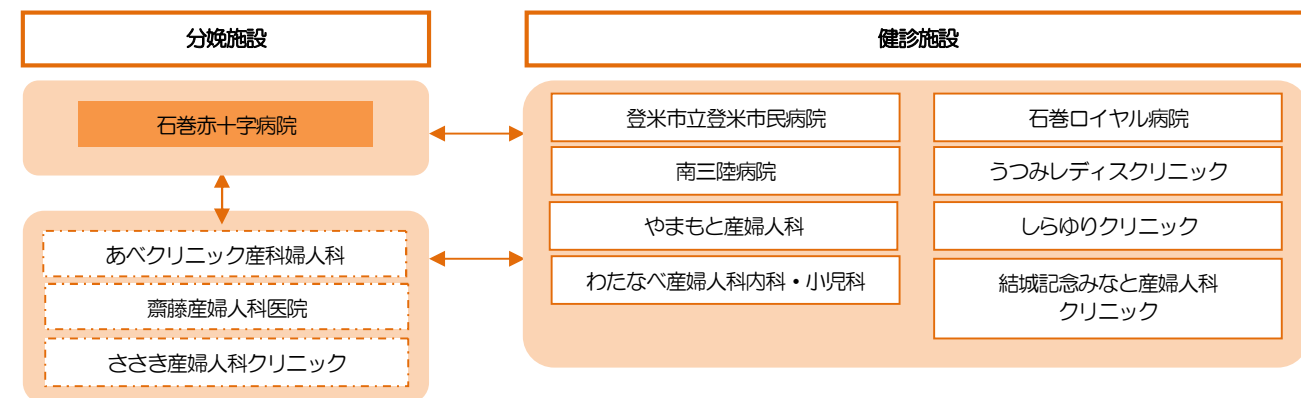
施設内訳：周産期母子医療センター10、病院4、診療所20、助産所3

出典：県保健福祉部調査

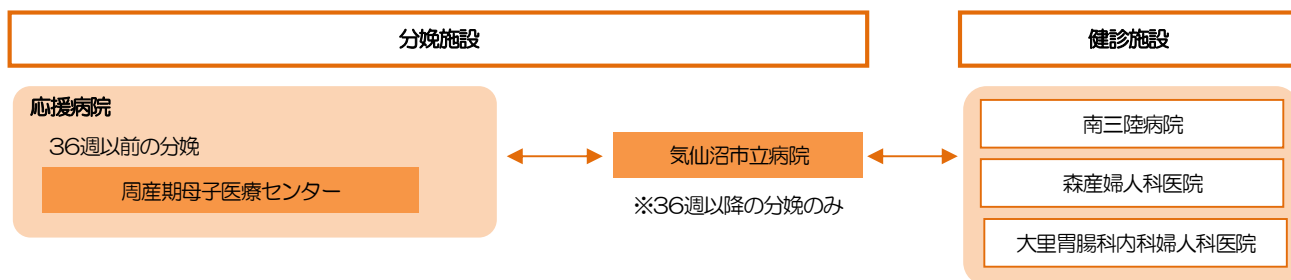
【図表5-2-9-21】仙台産科セミオープンシステム（平成29（2017）年4月現在）



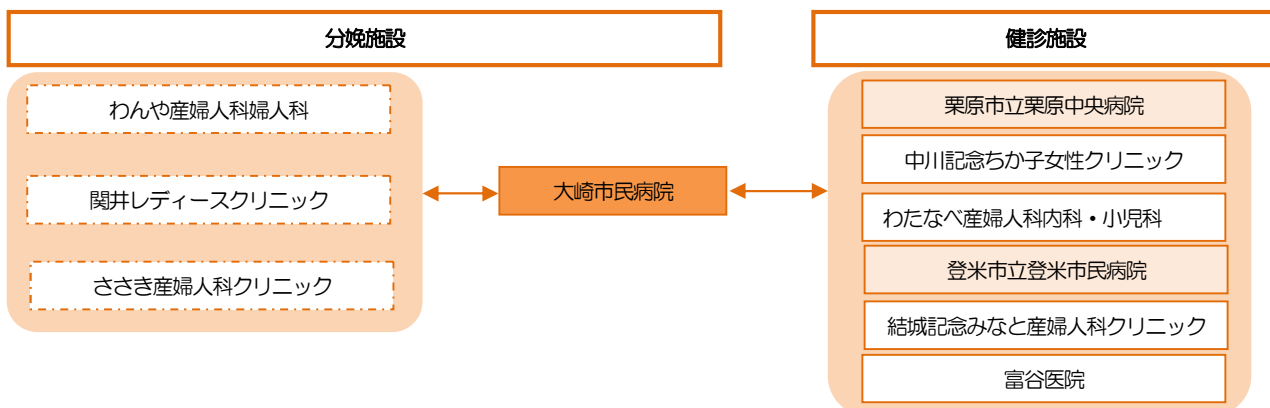
【図表5-2-9-22】石巻産科セミオープンシステム（令和2（2020）年10月現在）



【図表5-2-9-23】気仙沼産科連携体制（令和2（2020）年4月現在）



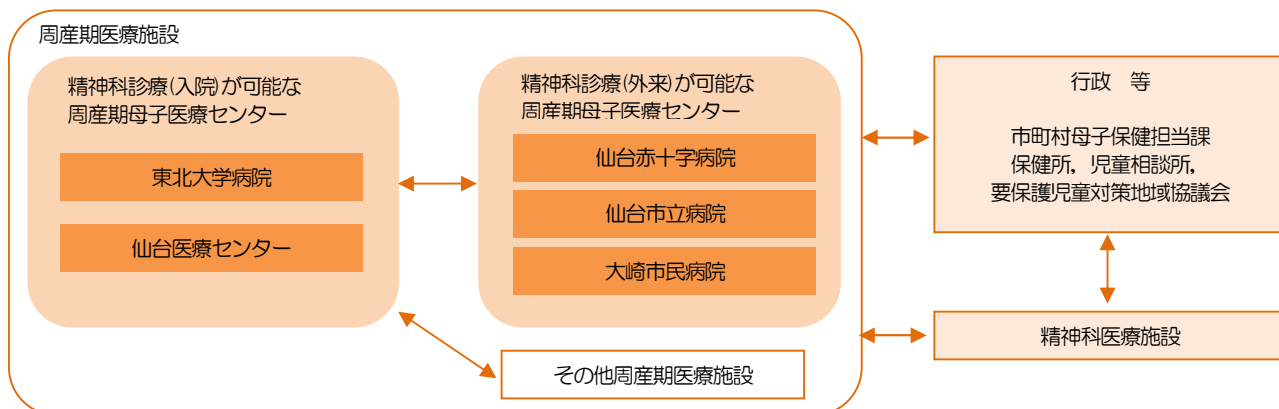
【図表5-2-9-24】大崎産科セミオープンシステム（令和2（2020）年10月現在）



【図表5-2-9-25】仙南産科セミオープンシステムを含めた連携体制（休止機関を除く）（令和2（2020）年10月現在）



【図表5-2-9-26】妊産婦のメンタルヘルスケア連携体制（平成29（2017）年10月現在）



1 周産期医療の機能分担及び連携による医療提供体制の維持・充実

- 各地域の周産期母子医療センターを拠点とし、産科セミオープンシステム等によって地域の周産期医療機関との連携を図り、安心して子どもを産むことのできる体制の維持・充実を図ります。
- 特に仙台以外の周産期医療圏においては、それぞれの地域の実情に合った連携体制を確立するため、会議を開催するなど顔の見える信頼関係を構築し、連携体制を強化します。

2 周産期医療従事者の確保・育成・再教育

- 産科・産婦人科医師及び新生児医療に関わる小児科医師の確保は、喫緊の課題であり、待遇改善のため、分娩に関する各種手当を支給している医療機関に対する補助等を行うと共に、他職種との業務分担など環境整備に努めます。
- 助産師の専門性を活用し、技能を維持・向上させるため、研修会や人材交流等を行い、資質の向上を図ります。
- 周産期医療従事者に必要とされる基本的な知識及び技術に加えて、緊急を要する母体及び新生児に対する確かな判断力や高度な技術を習得するための研修等を実施し、妊婦が安心して妊娠期を過ごせる体制の整備を図ります。

3 新生児医療の有効活用のための後方支援の充実と小児の療養・療育支援体制の確保

- NICU 等施設から在宅に円滑な移行をするため、中間施設となる地域療育支援施設の運営や日中一時預かりを行う医療機関に対し、運営費の補助を行います。
- NICU 入院児支援コーディネーター等に対し、NICU 等高次医療施設を退院後、地域で医療的なケアを要する児や家族のために必要な手続き等に関する専門的・基礎的な知識の習得等を図ります。

4 災害時の体制強化

- 災害時小児周産期リエゾンを育成し、災害訓練等を定期的に行い、平時から地域のネットワークづくり、情報の収集等の体制整備を図ります。

5 妊産婦のメンタルヘルス等への対応

- 妊産婦のメンタルヘルス評価に基づいた精神症状や機能障害の重症度を把握し、問題の内容や重症度に応じた適切な対応を図るため、市町村等母子保健関係機関や児童相談所、要保護児童対策地域協議会、周産期医療機関と精神科・小児科等の医療機関との連携を進めます。
- 妊婦健診未受診や飛び込み出産を予防するため、周産期医療機関や市町村等母子保健担当機関と連携し、リスクの高い妊婦の早期把握・早期介入に努めます。
- また、若年世代を含め県民に対し、広く妊婦健診の必要性について啓発します。

数値目標

指 標	現 況	2023 年度末	出 典
周産期死亡率（出生千対）	3.8 （全国 3.4）	3.3 未満	「令和2年度宮城県周産期医療機能調査」（県保健福祉部） ※全国：「令和元年人口動態統計」（厚生労働省）
新生児死亡率（出生千対）	1.5 （全国 0.9）	0.9	「令和2年度宮城県周産期医療機能調査」（県保健福祉部） ※全国：「令和元年人口動態統計」（厚生労働省）
周産期母子医療センター及び病院勤務産婦人科医師1人当たりの分娩取扱数	93.6 件	90 件	「令和2年度宮城県周産期医療機能調査」（県保健福祉部）
災害時小児周産期リエゾン委嘱者数	0 人	23 人	県保健福祉部調査

<周産期医療の用語について>

- 周産期
妊娠22週から出生後7日未満までの期間
- 新生児期
生後から生後28日未満までの期間
- 乳児期
生後から1歳未満までの期間
- 周産期死亡率
 $\text{年間周産期死亡数} \div (\text{年間出生数} + \text{年間の妊娠満22週以後の死産数}) \times 1,000$
- 出生率
 $\text{年間出生数} \div 10\text{月1日現在日本人人口} \times 1,000$
- 新生児死亡率
 $\text{年間新生児死亡数} \div \text{年間出生数} \times 1,000$
- 乳児死亡率
 $\text{年間乳幼死亡数} \div \text{年間出生数} \times 1,000$
- 人口動態統計
1年を通して厚生労働省が行う出生・死亡・死産等の集計
- 宮城県周産期医療機能調査
宮城県内の産科・産婦人科、助産所等の医療従事者数や分娩状況等の調査
- 未受診妊婦
全妊娠経過を通じての産婦人科受診回数が3回以下、又は、最終受診日から3ヶ月以上受診がない妊婦
- 飛び込み出産
未受診妊婦又は産気づいて初めて医療施設を受診する妊婦が出産すること
- 災害時小児周産期リエゾン
災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県より任命されたもの
- 周産期医療圏
周産期医療の提供体制に係る圏域の呼称。本県では二次医療圏と同一である。

第10節 小児医療

【目指すべき方向性】

- 小児医療の安定的な提供のため、小児科医師の確保や定着に努めるとともに、医療資源の集約化・重点化や連携体制を強化し、小児医療体制の構築を推進します。
- 小児救急体制の維持・強化を図るほか、持続可能な小児救急医療を効率的・効果的に提供するため、休日・夜間における適切な受診を誘導する取組を支援します。
- 災害時の小児医療体制の強化を図るため、災害時小児周産期リエゾンを育成・配置します。
- 小児科医師の確保・定着を推進するため、小児科専門医の育成やキャリア形成を支援します。
- 発達障害を持つ子どもや医療を要する子どもを地域全体で支える体制を構築するため、人材の育成や関係機関との連携による相談体制の充実、レスパイト入院先の拡大に努めます。

現状と課題

1 宮城県の小児医療の現状

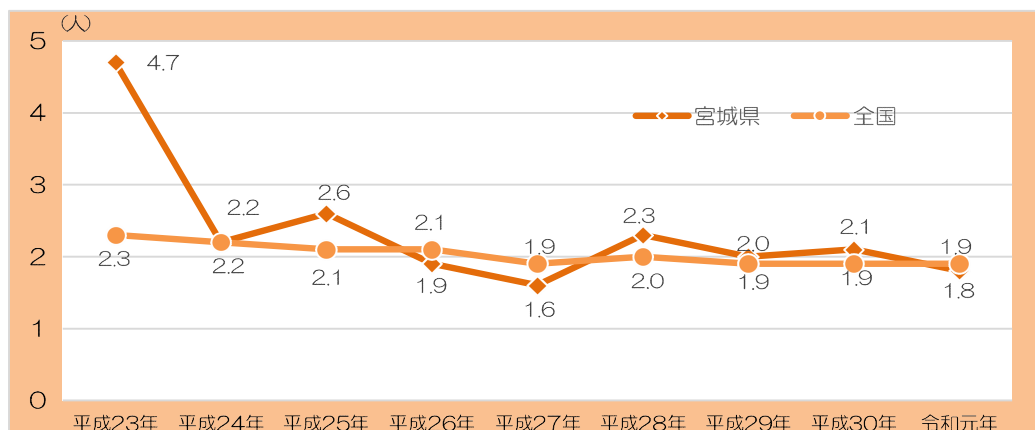
- 全人口に占める小児人口の割合は、仙台小に医療圏*以外は県平均を下回り、年々低下しています。
- 令和元（2019）年の県の乳児（生後1年未満）死亡率は1.8（全国1.9）と前年の2.1から減少していますが、平成24（2012）年以降は、全国平均前後の値で推移しています。

【図表5-2-10-1】圏域別小児人口

小児医療圏域	小児人口(人)			
	0～4歳	5～9歳	10～14歳	合計(全人口割合)
宮城県	88,787	95,243	101,973	286,003 (12.3)
仙南	5,884	6,979	7,634	20,497 (11.6)
仙台	61,587	64,309	66,567	192,463 (12.6)
大崎・栗原	9,587	10,862	12,183	32,632 (11.8)
石巻・登米・気仙沼	11,729	13,093	15,589	40,411 (11.5)

出典：「平成27年国勢調査」（総務省統計局）

【図表5-2-10-2】乳児死亡率の年次推移（出生千対）



※平成23年の死因の約半数が「不慮の事故」によるものであり、東日本大震災の影響とされます。

出典：「人口動態統計」（厚生労働省）

* 平成30年7月に医療法及び医師法の一部を改正する法律が公布され、令和2年度より医師偏在指標に基づいた医師偏在対策を行うこととなり、各都道府県は、小児科の医師偏在指標を活用し、医療圏の見直しや更なる集約化・重点化等の医療提供体制の見直しを含む小児科の医師確保計画を策定し、令和2年度より、同計画に基づく医師偏在対策を行うこととされています。本県でも「医師確保計画策定ガイドライン」（平成31年3月29日付け医政地発0329第3号・医政医発0329第6号厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長通知別添）に基づき策定した「宮城県医師確保計画」の中で、小児医療の提供体制に係る圏域を「小児医療圏」と呼称し、二次医療圏と同一の圏域を設定していることから、本計画においても同じ定義を用いることとします。

【図表5-2-10-3】圏域別乳児死亡数・率（再掲）

小児医療圏域	乳児死亡数（人）		乳児死亡率（出生千対）		出生数（人）	
	平成30年	令和元年	平成30年	令和元年	平成30年	令和元年
全 国	1,748	1,654	1.9	1.9	918,400	865,239
宮 城 県	34	27	2.1	1.8	16,211	14,947
仙 南	2	2	2.0	2.4	978	849
仙 台	28	16	2.4	1.5	11,649	10,838
大崎・栗原	1	3	0.6	2.1	1,569	1,455
石巻・登米・気仙沼	3	6	1.5	3.3	2,015	1,805

出典：「人口動態統計」（厚生労働省）

2 医療提供体制の課題

（1）医師の状況

- 小児科医師の数は、全国では増加傾向にありますが、平成22年から平成30年にかけての本県における増加率は全国に比べ低い状況です。（全国9.14%、県6.37%）また、小児人口10万人当たりの小児科医師の数は、全国では112.4人であるのに対し、本県は102.9人になっています。
- 小児医療圏別にみると、小児科医師の8割以上が仙台小児医療圏に集中しており、県内における小児科医師の偏在が顕著となっています。
- 「宮城県医師確保計画」における本県の小児科医師偏在指標は99.3となっており、全国値（106.2）よりもやや下回っています。小児医療圏別では、仙台小児医療圏が109.5となっており、本県全体の指標値を押し上げる形となっています。
- 東北大学において、小児・新生児の医療を担う小児科医師を養成し、県内各地域への派遣や定着のための取組を行っています。

【図表5-2-10-4】小児科（主たる）従事医師数

区 分		小児科医師数（人）				小児科専門医（人）	
		病院	診療所	合 計	小児人口10万対	医師数	小児人口10万対
全 国	平成22年	9,308	6,562	15,870	94.4	10,972	65.3
	平成28年	10,355	6,582	16,937	107.3	13,551	85.9
	平成30年	10,614	6,707	17,321	112.4	14,021	91.0
宮 城 県	平成22年	162	105	267	86.6	185	60.0
	平成28年	185	99	284	99.6	226	79.3
	平成30年	180	104	284	102.9	246	85.1

出典：「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」（厚生労働省）

【図表5-2-10-5】小児科（主たる）従事医師数及び小児科医師偏在指標（小児医療圏別）

小児医療圏域	小児科医師数（人）	小児科専門医数（人）	小児科医師偏在指標
全 国	17,321	14,021	106.2
宮 城 県	284	246	99.3
仙 南	11	6	93.8
仙 台	239	213	109.5
大崎・栗原	12	9	49.3
石巻・登米・気仙沼	22	18	67.0

出典：「平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」（厚生労働省）

「宮城県医師確保計画」（県保健福祉部）

(2) 医療施設の状況

- 小児科を標榜する医療機関の数は、県全体で見ると年々減少しています。
- 小児科を標榜する診療所には、内科の医師が小児医療を担っている場合も多く見られます。また、病院においては、小児科の常勤医師が1～2人体制である病院が半数を占めており、小児科医師の負担が大きい状況にあります。
- 地域に必要な小児医療体制を確保するためには、拠点となる小児医療機関の整備を進めるとともに、一次小児医療を担う地域のかかりつけ医との連携体制を構築することが重要です。
- 小児慢性特定疾病を取り扱う医療機関として、令和2（2020）年10月時点で285（歯科を除く）の医療機関が指定されています。また、小児慢性特定疾病情報センターを通じた情報提供や、患者団体による相談の受付など、支援体制の整備が進んでいます。

【図表5-2-10-6】小児科を標榜する医療機関数

小児医療圏域	病院			診療所			合計			H26→R2 増減
	平成 26年	平成 29年	令和 2年	平成 26年	平成 29年	令和 2年	平成 26年	平成 29年	令和 2年	
宮城県	46	45	46	339	328	319	385	373	365	▲20
仙南	4	4	4	20	18	16	24	22	20	▲4
仙台	27	25	26	239	235	231	266	260	257	▲9
大崎・栗原	8	8	8	38	34	30	46	42	38	▲8
石巻・登米・気仙沼	7	8	8	42	41	42	49	49	50	1

出典：県保健福祉部調査

(3) 小児救急医療体制

- 休日の小児初期救急医療は、在宅当番医制や休日夜間急患センターにより対応していますが、夜間は十分な体制をとれない地域もあります。
- 二次救急医療は、仙台市が小児病院群輪番制を実施していますが、その他の地域はオンコールなどにより対応しています。なお、急患センターと小児地域医療センターには、東北大学病院から土日・夜間に小児科医師が派遣されています。
- 三次救急医療は、小児中核病院（東北大学病院と宮城県立こども病院）が中心となって対応しています。

(4) 小児災害時医療体制

- 災害が発生した際に、関係機関との調整を行う災害時小児周産期リエゾン*を育成し、令和2年度から配置するなど、災害時における小児医療提供体制確保などの体制整備を進めています。
- 都道府県には、①災害時に小児及び小児患者に適切な医療や物資を提供できるよう、平時より訓練を実施すること、②自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して被災都道府県からの搬送受け入れや診療に対応する医療従事者の支援等を行う体制を構築することが求められています。

* 災害時小児周産期リエゾンとは、災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者をいいます。災害時小児周産期リエゾンに任命された者は、各都道府県において平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築することが求められています。

（５）病院前小児救急

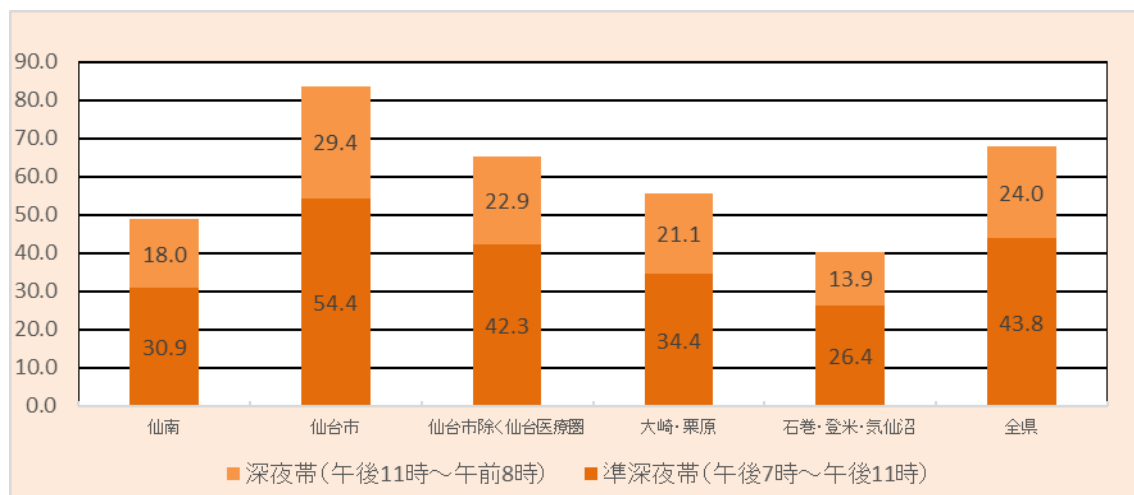
- 夜間の子どもの急病時における保護者の不安を軽減し、不要不急の受診を抑制するために、「宮城県こども夜間安心コール（＃8000）」を毎日午後７時から翌朝午前８時まで実施しています。
- ３歳未満の子どもに関する相談件数が６割以上を占めており、令和元年度で最も多い相談内容は「発熱」で２８．６％となっています。
- 利用率は地域によってばらつきがあり、特に利用が少ない地域での活用促進に向け、さらなる普及啓発が求められています。
- 平成３０（２０１８）年１２月に厚生労働省が取りまとめた『「いのちを守り、医療を守る」国民プロジェクト宣言！』では、緊急時の相談電話サイトを導入・周知・活用することが求められており、＃8000事業の整備や周知徹底が挙げられています。
- また、「こどもの救急ホームページ」では、生後１カ月から６歳までの小児を対象に、診療時間外に病院を受診するかどうか、判断の目安を知ることができます。

【図表５－２－１０－７】宮城県こども夜間安心コール（＃8000）相談内容上位５項目（割合）

順位	令和元年度	
１	発熱	28.6
２	嘔吐	9.3
３	打撲	7.4
４	咳・喘鳴	6.4
５	発疹・かゆみ	6.3

出典：「宮城県こども夜間安心コール事業報告」（宮城県保健福祉部）

【図表５－２－１０－８】宮城県こども夜間安心コール小児人口千人当たり相談者数（不明・県外除く）



出典：「宮城県こども夜間安心コール事業報告」（県保健福祉部）

(6) 発達障害を持つ小児への支援

- 発達障害が疑われる小児数は、人口の約7%と推定されており、幼児期から成人期まで切れ目の無い支援が必要です。専門医による医療相談の実施や、療育や就労に関する相談窓口が設置されるなど、支援体制の整備が進む一方で、発達障害に対する理解と知識を持つ医療スタッフが限られていることから、人材の育成が課題となっています。また、医療機関での受診を希望しても、初診までに時間がかかる状況です。
- 保健部門、福祉部門、教育部門と連携しながら、地域での生活支援や日頃のケア、就学就労支援など生涯を通じて本人の自立、社会参加を全般的に支援していくための連携体制が必要です。

(7) 在宅医療的ケアを必要とする小児への支援

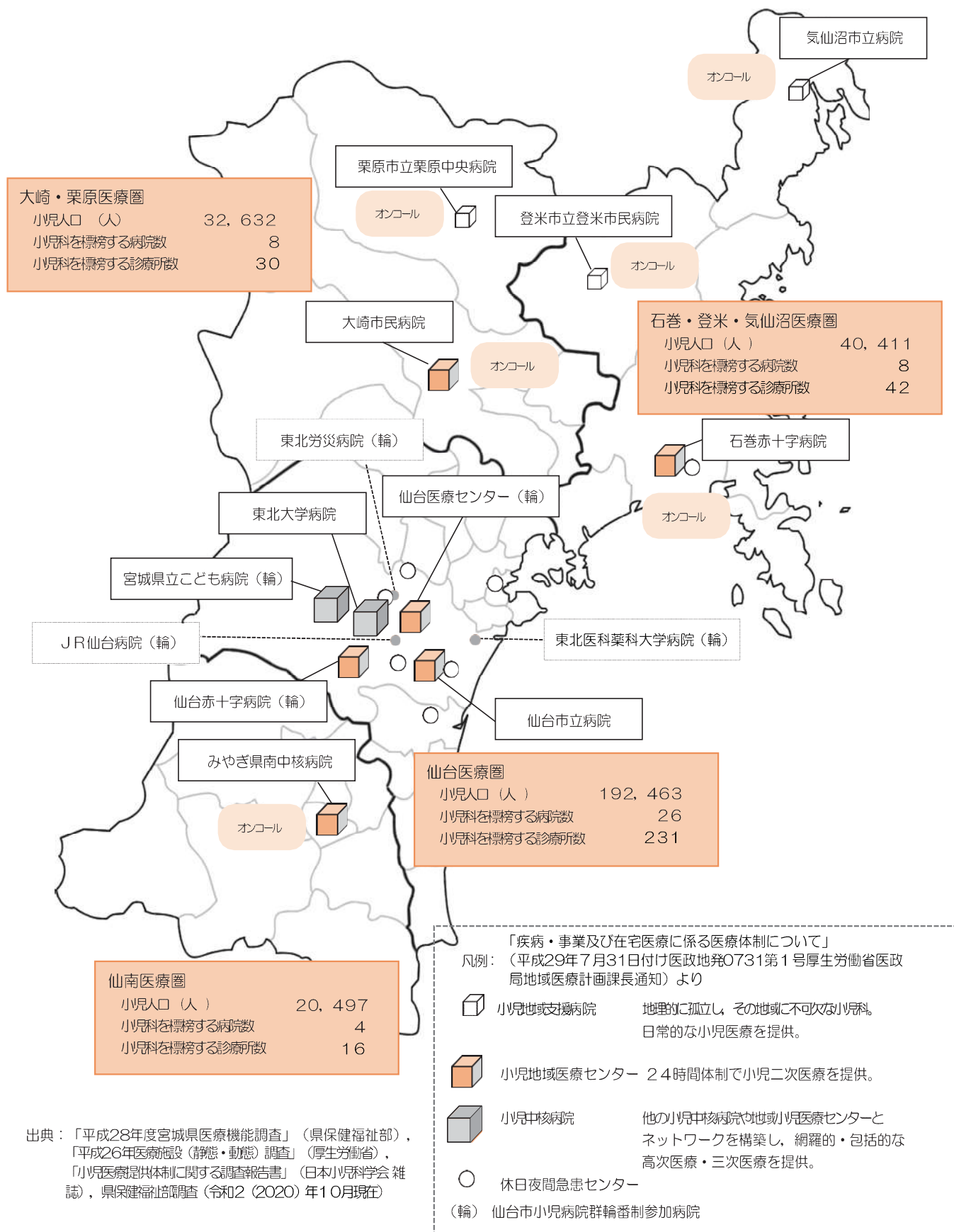
- 医療的ケアを必要とする小児の在宅生活は、限られた地域の医療・福祉資源の中で、家族の献身的な介護によって成り立っています。
- 家族へのアンケートによると、在宅での主な医療的ケアは「喀痰吸引」や「吸入」が多く、家族が実施しているケースが多く見られます。また、今後利用したいサービスとしては「レスパイト」や「短期入所（ショートステイ）」といった、家族や介護者の負担軽減を目的としたサービスを希望する声が多い一方で、そのサービス自体がない地域もあります。このような現状を踏まえ、医療型短期入所の病床確保をモデル的に実施する等、サービス提供体制整備の推進に努めています。
- 在宅医療的ケアが必要な小児とその家族が安心して生活するためには、医療・保健・福祉・教育の各部門が密接に連携したネットワークの構築が重要です。
- この他、医療従事者を対象とした研修会による人材育成や、小児在宅医療を専門とする診療所が県内に初めて開設されるなど、県内における小児在宅医療体制の整備が進められています。

(8) 小児医療に関する協議会

- 県では、小児医療の課題等を協議し、地域の小児医療提供体制の充実・強化を図ることを目的として、「小児医療協議会」を平成 26 年度から設置しています。学識経験者や医療関係者を構成員とし、小児医療に関する様々な課題に対する意見聴取等を行い、施策に反映させています。
- 協議会においては、小児医療提供体制に係る調査分析に関する事項、小児科医師確保計画の策定に関する事項、小児医療関係者に対する研修に関する事項などを協議し、その内容について、住民に対して情報提供を行うこととしています。
- また、県医療審議会や各医療圏ごとの地域医療構想調整会議で情報の共有を図るなど、地域の課題を踏まえて県全体の課題を捉えながら、各協議体との調整及び連携を進めていくこととしています。

小児医療機能の現況

【図表5-2-10-9】小児医療提供体制《小児医療・救急医療》



出典：「平成28年度宮城県医療機能調査」（県保健福祉部），
「平成26年医療施設（静態・動態）調査」（厚生労働省），
「小児医療提供体制に関する調査報告書」（日本小児科学会 雑誌），
県保健福祉部調査（令和2（2020）年10月現在）

1 小児医療提供体制の充実

- 日中の一次小児医療は、地域のかかりつけ医が担い、夜間・休日の時間外診療は、小児医療資源を集約的に配置し対応することで、良質で継続可能な小児医療体制を目指します。
- 限られた医療資源を効果的に活用するため、子どもの状態に応じた適切な医療機関の受診を促します。

2 小児救急・災害時医療体制の整備

- 二次医療圏を中心に、平日夜間・休日の小児救急医療提供体制を整備します。
- 保護者等に対して、「宮城県こども夜間安心コール（#8000）」や「こどもの救急ホームページ」などを通して初期救急時の対応に関する情報を提供し、不安軽減を図るとともに、救急医療機関への適切な受診の啓発に努めます。
- より身近な入院管理体制の整った医療機関での小児救急医療の充実を図るため、医療機能の集約化を推進し、持続可能で良質な医療を効率的、効果的に提供していくことを目指します。
- 災害時の体制強化を図るため、災害時小児周産期リエゾンを育成・配置し、地域におけるネットワークの構築や情報収集等の体制を整備します。
- 平時から訓練を行い、小児医療における災害時の円滑な医療体制の整備に努めます。

3 小児科医師の確保・定着

- 東北大学小児科の「小児科研修プログラム in MIYAGI」*によって小児・新生児の医療を担う小児科専門医を育成し、効率的に配置するとともに、小児科医師のキャリア形成を支援し、県内への医師定着を推進します。

4 発達障害を持つ小児への支援

- 発達障害児について専門的な知識を持つ医師等を育成し、診療・支援施設に適切に配置されるよう努めます。
- 自治体等が設置する各種相談窓口との連携を図りながら、医療機関の適切な受診につなげます。

5 在宅医療体制の整備

- 医療依存度の高い子どもに対応できる医師、訪問看護師を育成・支援していきます。また、介護職員がたんの吸引等を行うための研修を実施します。
- 在宅医療による家族の負担軽減を図るため、地域の医療・福祉資源の開発や育成、医療型短期入所（レスパイト）の拡充に努めます。また、利便性の向上を図るため、有用な情報の集約・発信に努めます。

* 「小児科研修プログラム in MIYAGI」
東北大学小児科を核とし、宮城県立こども病院などの拠点病院小児科が参加する小児科専門医育成プログラムです。

数値目標

指 標	現 況	2023年度末	出 典
乳児死亡率（出生千対）	1.8% （全国1.9%）	2.0%	「令和元年人口動態統計」（厚生労働省）
小児人口1万人当たりの小児科 医師数	10.3人 （全国11.2人）	10.7人	「平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計」 （厚生労働省）
小児人口1千人当たりのこども 医療電話相談（#8000）の相 談件数（準夜帯）	43.8件	40.1件	「令和元年度宮城県こども夜間安心コール事業 報告」（県保健福祉部）
災害時小児周産期リエゾン委嘱 者数	0人	23人	県保健福祉部調査

<子どもの急病時に役立つ情報>

● 宮城県こども夜間安心コール（#8000）

子どもの急な発熱やけが等にどう対応すればよいのか、すぐ受診した方がよいのか判断に迷った時、子どもの症状に応じた適切な対処の仕方や、受診する病院など、看護師が相談をお受けします。

- ・ 相談受付時間 毎日 午後7時～翌朝午前8時
- ・ 電話番号 #8000
（プッシュ回線以外の固定電話・PHSからは022-212-9390）

● こどもの救急ホームページ（公益社団法人 日本小児科学会）

お子さんの症状をチェックすることで、すぐに病院を受診するかどうか、判断の目安を紹介しています。

- ・ 対象年齢 生後1カ月～6歳までの子ども
- ・ URL <http://kodomo-qa.jp/>

第11節 在宅医療

【目指すべき方向性】

- 住み慣れた地域で自分らしい生活を望んでいる住民に適切な在宅医療が提供されるよう、市町村や関係団体と連携を図りながら、普及啓発や体制整備を推進します。
- 退院から看取りまで切れ目ない医療・介護サービスの提供に向けて、訪問診療を実施する医療機関や訪問看護ステーションの増加・規模拡大、後方支援体制の充実等に努めます。
- 在宅療養支援体制を充実させるため、各地域における関係機関の取組を支援するとともに、在宅医療を担う医療従事者や多職種連携に資する人材を育成します。

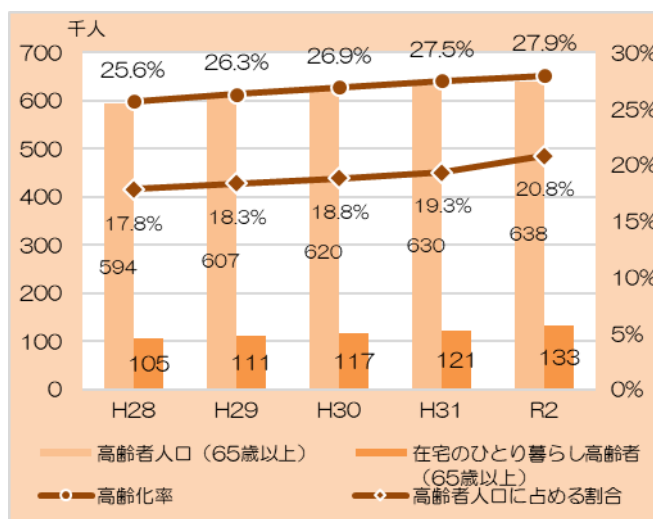
現状と課題

1 宮城県の在宅医療の現状

(1) 在宅医療のニーズの増加

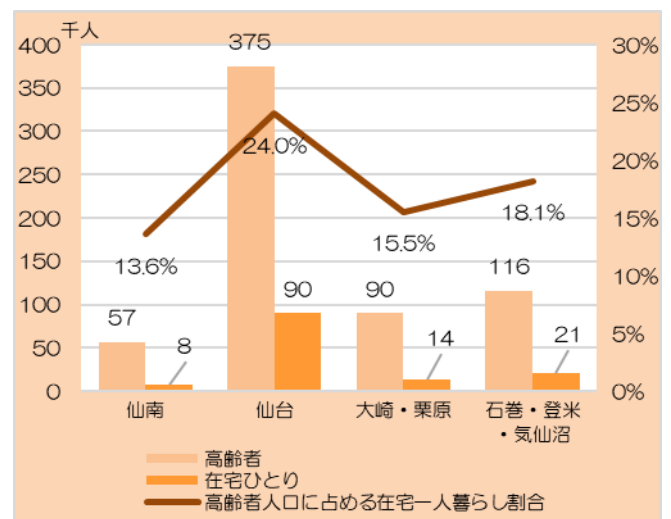
- 在宅医療（在宅歯科医療を含む。）とは、治療や療養を必要とする患者が、通院困難な状態にあっても居宅等の生活の場で必要な医療を受けられるように、医師等が居宅等を訪問して看取りまで含めた医療を提供するものである、とされています。
- 令和2（2020）年3月末現在における宮城県の65歳以上の高齢者人口は638,003人で、高齢化率は27.9%です。在宅一人暮らし高齢者数は132,690人で、65歳以上の人口に占める割合は20.8%となっています。
- 生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるといった疾病構造の変化や高齢化が進展する中で、要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しており、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る方が今後も増加し、また、多様化していくと考えられます。なお、こうした在宅医療ニーズへの対応に併せて、疾病の発症を抑制していくことも求められています。
- 医療技術の進歩等を背景に、退院後も医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加しています。胃ろう経管栄養、中心静脈栄養、在宅腹膜灌流等、医療依存度の高い方や、重度障害を持つ小児、重度のがんで療養している方が、生活の場で安心して過ごせる医療の提供が必要です。

【図表5-2-11-1】本県の高齢者人口及び在宅のひとり暮らし高齢者の状況



出典：「令和2年高齢者人口調査」（県保健福祉部）

【図表5-2-11-2】二次医療圏別高齢者人口及び在宅のひとり暮らし高齢者の状況

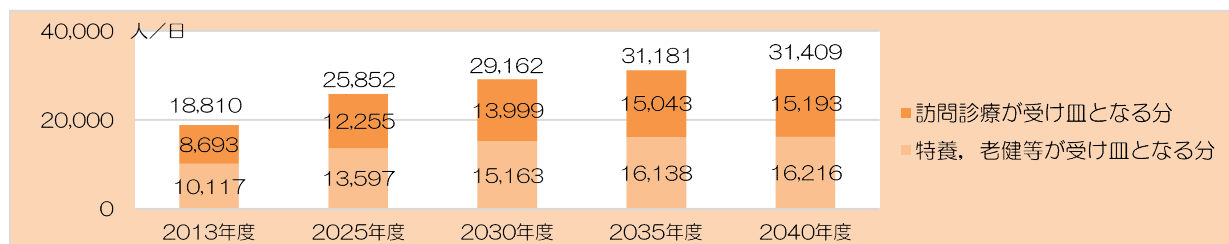


出典：「令和2年高齢者人口調査」（県保健福祉部）

(2) 地域医療構想

- 平成28（2016）年11月に策定した宮城県地域医療構想において、2025年の在宅医療等^{*1}の需要は、県全体で最大25,852人（うち訪問診療12,255人）と推計されています。これは、平成25（2013）年と比較して約37%の増加となっています。

【図表5-2-11-3】在宅医療等に係る医療需要の見通し



（注）訪問診療は、レセプトデータにおいて、「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者以外」「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等入居者」「在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等以外入居者」のいずれかを算定したことのある患者数で、2013年度の12ヶ月分を合計し、12で除して算出した二次医療圏別・性年齢階級別の受療率に二次医療圏別・性年齢階級別の将来人口を乗じて推計。

(3) 地域包括ケアシステム

- 在宅医療は、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムに不可欠な構成要素とされています。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の一つとして、市町村が在宅医療・介護連携推進事業を実施しており、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 医療提供体制の現状と課題

(1) 入院医療機関から在宅への退院の支援

- 入院医療から在宅医療等への円滑な移行のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援の重要性が高まっています。県内で退院支援担当者を配置している診療所・病院は55ヶ所（医療施設調査、平成29（2017）年度）にとどまり、実施する医療機関の増加とともに、入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施が求められています。
- 在宅医療は、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）・5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）それぞれと関係する医療です。これらの医療提供体制を考える際には、在宅医療との連携について考慮する必要があります。

(2) 日常の療養生活の支援

- 在宅での療養生活においては、関係機関が連携し、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、ケアマネジャー等の多職種協働により、患者とその家族を支えていく体制が重要です。
- また、医療資源が少ない地域は移動時間が長くなるなど、在宅医療の効率的な提供に向けた課題もあります。各関係機関の体制整備とともに、地域の状況に応じた医療機関相互の連携、多職種連携の体制を構築していく必要があります。

① 訪問診療

- 県内で訪問診療を実施している診療所・病院は259ヶ所です。そのうち24時間の対応が可能である在宅療養支援診療所は138ヶ所、在宅療養支援病院は22ヶ所あります。
- これらを人口10万人当たりで見ると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、今後の在宅医療の需要に対応していくため、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。

*1 地域医療構想ガイドラインでは、在宅医療等の範囲について、「居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他の医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定」としています。

	訪問診療を実施している診療所・病院数※3			在宅療養 後方支援 病院数※1	訪問看護 ステーション数※2	訪問看護を 実施してい る診療所・ 病院数※3	在宅療養支 援歯科診療 所数※1	訪問薬剤指導を実 施する薬局数※1
		在宅療養支援診療所 数(うち有床)※1	在宅療養支 援病院数※1					
宮城県	259	138 (18)	22	6	132	71	100	288
仙南	20	4 (0)	4	0	6	5	9	15
仙台	148	97 (10)	12	5	99	36	67	208
大崎・栗原	50	19 (5)	4	1	13	17	9	36
石巻・登米・気仙沼	41	18 (3)	2	0	14	13	15	29

※3「平成29年医療施設調査」（厚生労働所）

Region	在宅療養支援診療所 (Home Medical Support Clinics)	在宅療養支援病院 (Home Medical Support Hospitals)
仙台	2.4	2.4
仙台	6.3	0.8
大崎・栗原	7.3	1.5
石巻・登米・気仙沼	5.4	0.6

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2年10月1日時点）」
（県震災復興・企画部）

- 県内の訪問看護ステーションの従業者数999人のうち、24時間体制を取っているステーションの従業者数は864人と、多くのステーションで24時間対応が可能になっています。その一方で、職員が少ないこと等から体制が充分でないステーションもあることが指摘されています。
- 身近な地域で24時間対応できる訪問看護ステーションの重要性は今後一層高まることが想定され、安定的・継続的なサービスの提供に向けて、小規模なステーションの経営安定化や、医療機関の医師・看護師との緊密な連携体制の構築を推進していくことが求められます。
- また、医師や歯科医師の判断を待たずに、在宅医療の現場で一定の診療の補助を行うことができる、特定行為研修を受講した看護師の活躍が期待されます。

県平均43.0人

うち24時間体制

市町村	0～14歳	15～64歳	65歳以上
仙南	16.1	1.7	0.0
仙台	39.5	7.7	0.0
大崎・栗原	34.8	3.3	0.0
石巻・登米…	39.6	1.4	0.0

出典：「平成29年介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）
「宮城県推計人口（平成29年10月1日時点）」
（県震災復興・企画部）

③ 訪問歯科診療

- 県内において、在宅又は介護施設等における療養を歯科医療の面から支援する在宅療養支援歯科診療所は100ヶ所ありますが、歯科診療所に占める割合は9.6%にとどまっています。
- 近年、口腔のケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係性も広く指摘されており、在宅療養支援歯科診療所の増加を図る一方、医療機関等との連携を更に推進していくことが求められています。

④ 訪問薬剤指導

- 県内の全薬局1,129ヶ所のうち、在宅患者調剤加算を届け出ている薬局数は288ヶ所（届出受理医療機関名簿（令和2（2020）年11月1日時点）で、薬局全体の25.5%となっています。
- 地域の薬局には、医療機関や居宅介護支援事業所と連携し、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うことや、入退院時における連携、夜間・休日の調剤や電話相談への対応等が求められ、こうした役割を担える薬剤師の養成が望まれます。

⑤ 訪問リハビリテーション

- 在宅療養者によっては、それぞれの障害部位と程度に応じて理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）の関与を必要とします。適切なリハビリテーションが継続できるようにホームヘルパーや家族等へのPT・OT・STの指導が求められます。

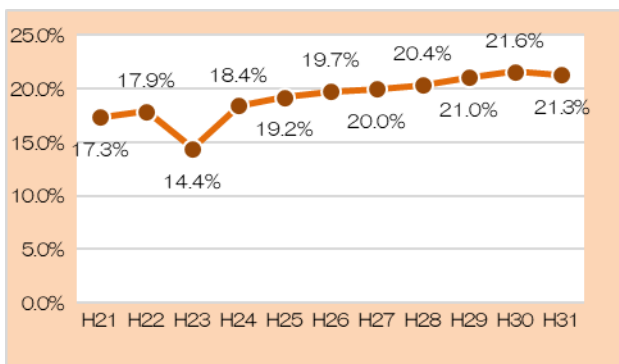
（3）急変時対応における連携

- 在宅療養者や家族にとって、急変時の対応に関する患者の不安や家族の負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題となっています。
- 患者・家族が安心して在宅療養できるように、病状急変時にも在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護ステーションが連携し、24時間いつでも往診や訪問看護が可能な体制を構築していくことが求められます。
- また、急変時における後方病床の確保が在宅医療に参画する上での大きな障壁になっており、入院機能を有する病院・診療所において必要時病床を確保できる体制が、今後一層重要になることが想定されます。

（4）看取りについて

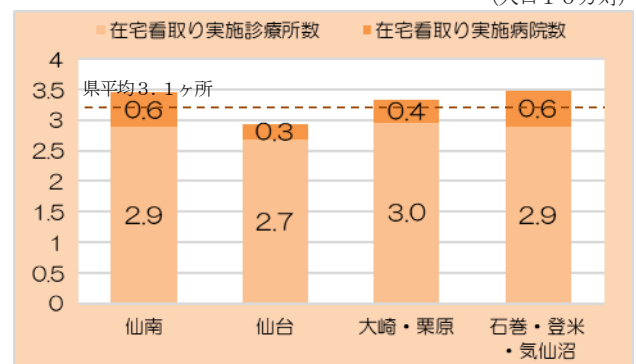
- 平成29（2017）年の高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）によれば、国民の60%以上が、末期がんや重度の心臓病を患った場合や、認知症が進行した場合に自宅で最期を迎えることを望んでおり、患者や家族の生活の質（QOL）の維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族が希望した場所で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められています。
- 本県の在宅死亡率について、過去10年間の推移を見ると増加傾向にあり、平成27（2015）年以降は20%を超えています。在宅での看取りを実施している診療所・病院数は72ヶ所と、訪問診療を実施している診療所・病院の27.8%となっており、看取りに取り組む医療機関の増加が望まれます。
- また、介護施設等における看取りを適切に支援することが求められています。

【図表5-2-11-9】在宅死亡率の推移



出典：「令和元年人口動態調査」（厚生労働省）

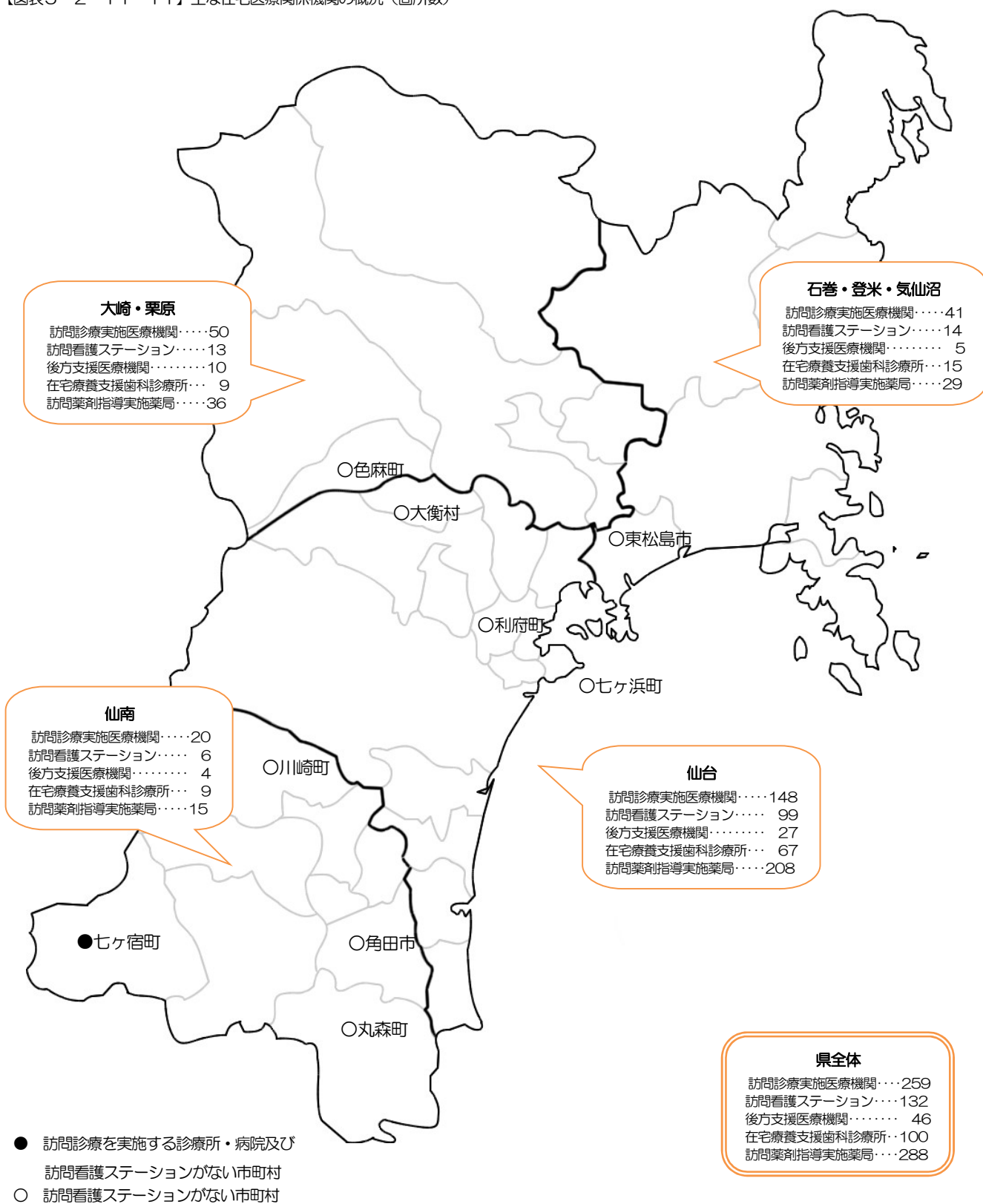
【図表5-2-11-10】在宅看取りを実施している診療所・病院数（人口10万対）



出典：「医療施設調査」（平成29（2017）年度）（厚生労働省）

在宅医療の機能の現況

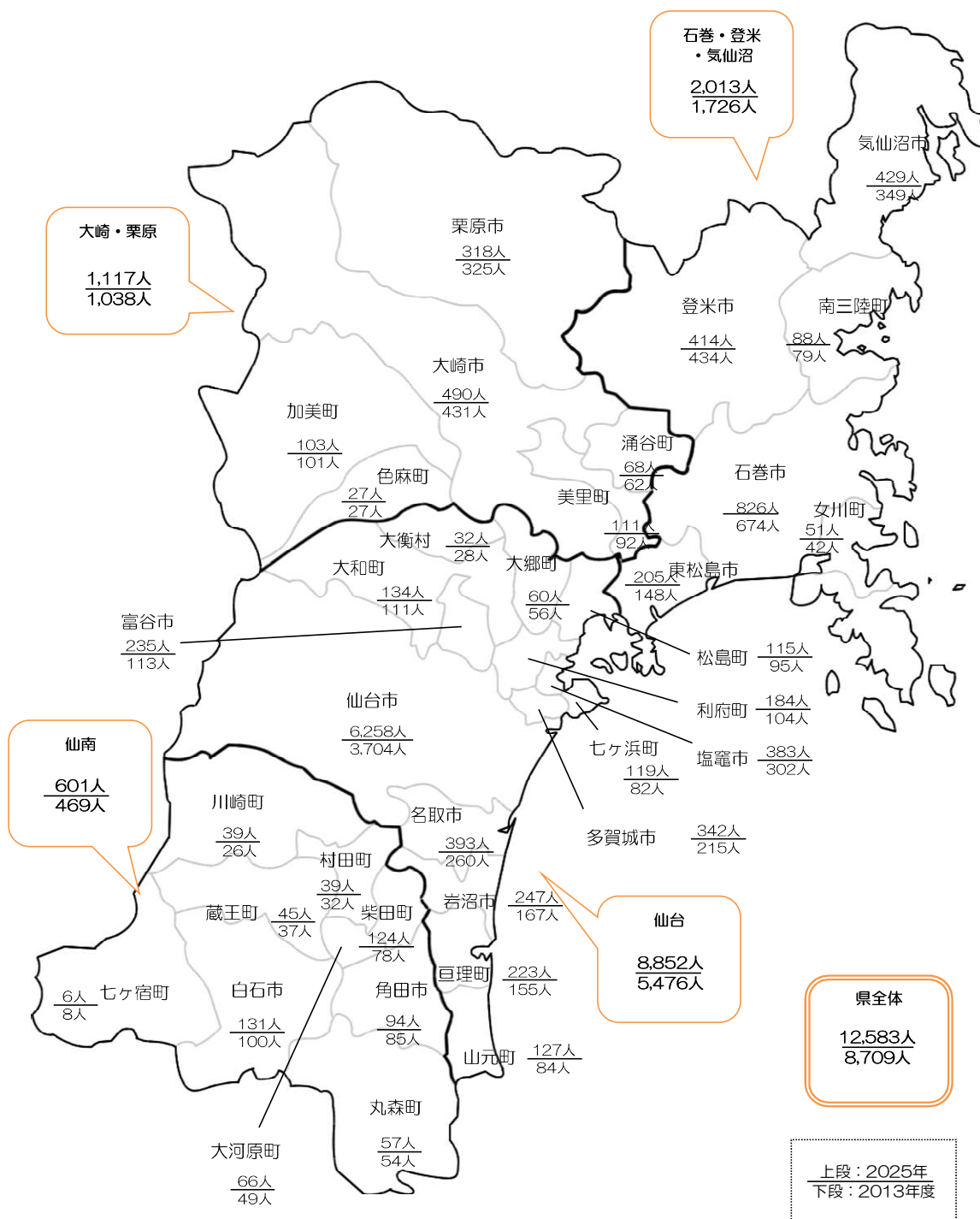
【図表5-2-11-1】主な在宅医療関係機関の概況（箇所数）



出典：「施設基準の届出受理状況」（令和2（2020）年10月1日現在）（東北厚生局）
「平成29年介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）
「平成29年医療施設調査」（厚生労働省）

訪問診療の将来需要

【図表5-2-11-11】2013年度及び2025年における訪問診療の推計需要



※ 2013年度は地域医療構想における「訪問診療」の需要であり、2025年は「訪問診療」の需要に、病床の機能分化・連携の進展に伴い発生が見込まれる需要を追加したものです。なお、地域医療構想における構想区域ごとの需要を、市町村の性・年齢階級別人口で按分することにより算出しています。

施策の方向

1 在宅医療についての普及啓発

- 地域住民や入院・通院医療機関の医療従事者に対して、在宅医療についての講演会や研修会を通して、普及啓発を促進していきます。

2 関係機関の連携推進

- 入院から在宅への円滑な移行を図るため、入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施を働きかけていきます。
- 切れ目のない在宅医療・介護が提供できる体制の構築に向け、24時間365日体制を維持できるような仕組みづくりに取り組む市町村や医師会等を支援するとともに、必要な情報提供や関係機関との橋渡しを行います。
- 各地域で多職種協働による在宅療養体制の構築が図られるよう、関係団体の連携を支援するとともに、広域的に地域課題等を検討する場を確保します。
- 訪問歯科診療を行う歯科診療所や、在宅患者の薬学的管理を担うかかりつけ薬局と、医療機関との連携強化を推進します。
- 自宅や介護施設等での看取りが可能となる医療及び介護体制を構築していきます。

3 在宅医療の提供体制の構築

- 訪問診療を実施する診療所・病院や訪問看護ステーションについて、訪問診療の将来需要の増加が多く見込まれる地域における施設の増加及び実施規模の拡大を推進し、小児や若年層の患者も含め、在宅医療の需要に対応していきます。
- 訪問診療を実施する診療所・病院と、後方支援を担う病床を有する医療機関との連携を深め、在宅患者の急変時等に入院を含めた適切な対応が可能な体制を構築するとともに、構築した体制を地域に浸透させるための取組を進めます。

4 人材育成

- 在宅医療従事者の資質向上を図るための研修の実施や、人材の育成・確保に向けた取組を行う関係団体や医療機関を支援します。
- 医療・介護の一体的な相談・調整機能の充実を図るため、医療と介護の連携をコーディネートする人材を育成します。

数値目標

指標	医療圏	現況	整備目標			出典
			2020年度末	2023年度末	2025年度末	
訪問診療を実施する診療所・病院数	県全体	259ヶ所	292ヶ所	324ヶ所	346ヶ所	「平成29年医療施設調査（静態）」厚生労働省
	仙南	20ヶ所	23ヶ所	29ヶ所	31ヶ所	
	仙台	148ヶ所	174ヶ所	194ヶ所	207ヶ所	（注）現在の訪問診療を実施する診療所・病院における患者数が一定のまま推移した場合の数値です。診療所・病院が患者数を増やして将来需要に対応していくことも想定されます。
	大崎・栗原	50ヶ所	51ヶ所	53ヶ所	55ヶ所	
	石巻・登米・気仙沼	41ヶ所	44ヶ所	48ヶ所	53ヶ所	

指標	医療圏	現況	整備目標			出典
			2020年度末	2023年度末	2025年度末	
訪問看護ステーションの従業者数	県全体	999人	1,039人	1,142人	1,223人	「平成29年介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省） （注）現在の従業者当たりの利用者数が一定のまま推移した場合の数値です。従業者当たりの利用者数を増やして将来需要に対応していくことも想定されます。
	仙南	31人	38人	48人	60人	
	仙台	723人	741人	827人	885人	
	大崎・栗原	103人	103人	103人	103人	
	石巻・登米・気仙沼	142人	157人	164人	175人	

指標	医療圏	現況	整備目標			出典
			2020年度末	2023年度末	2025年度末	
在宅療養後方支援病院・在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所（有床）数	県全体	46ヶ所	46ヶ所	54ヶ所	59ヶ所	「施設基準の届出受理状況（令和2（2020）年11月1日現在）」（厚生労働省） （注）現在の在宅療養後方支援病院等における受入患者数が一定のまま推移した場合の数値です。後方支援病院等が受入患者数を増やして将来需要に対応していくことも想定されます。
	仙南	4ヶ所	4ヶ所	5ヶ所	6ヶ所	
	仙台	27ヶ所	27ヶ所	33ヶ所	35ヶ所	
	大崎・栗原	10ヶ所	10ヶ所	10ヶ所	11ヶ所	
	石巻・登米・気仙沼	5ヶ所	5ヶ所	6ヶ所	7ヶ所	

指標	現況	整備目標		出典
		2020年度末	2023年度末	
在宅死亡率	21.3%	23.4%	26.0%	「令和元年全国動態調査」（厚生労働省）

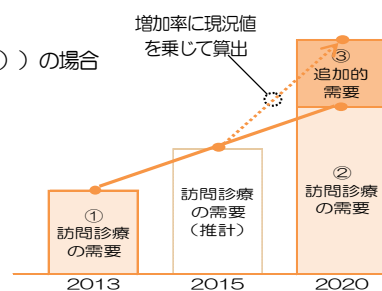
整備目標の算出方法について

整備目標は、国から例示された下記の方法を基本にしつつ、地域の実情を考慮して算出しています。

（例）2020年度末における訪問診療を実施する診療所・病院数（現況値H27（2015年度））の場合

- ① 地域医療構想における2013年度の訪問診療の需要
- ② 地域医療構想における2025年の訪問診療の需要から比例的に推計した2020年末の需要
- ③ 病床の機能分化・連携の進展に伴い発生する2020年末の追加的需要
- ④ 現況値（H27（2015年度））

$$\text{整備目標} = (② + ③) / (① + (② - ①) / (2020 - 2013) \times (2015 - 2013)) \times ④$$



<往診と訪問診療について>

往診とは、患者の求めに応じて、医師や歯科医師がその都度訪問して診療を行うことです。一方、訪問診療とは、通院困難な患者について、患者の同意のもと、月1回や2回など定期的に訪問して診療を行うことを指します。なお、訪問診療は、自宅を含め、医師の配置が義務づけられていない施設※（軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅など）でも行うことができます。

どちらも、保険診療における訪問可能な距離は、医療機関所在地から患者まで「16km以内」が原則とされています。

※医師の配置がある施設（特別養護老人ホームや養護老人ホームなど）でも、一定の条件のもとで訪問診療を行うことができます。また、歯科においては、自宅や施設への訪問診療が可能であるほか、医

第13節 感染症対策

【目指すべき方向性】

- 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、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。
- 感染症病床及び結核病床の確保により安定した医療提供体制を構築するとともに、感染症に関する知識の普及・啓発に努め、保健所での検査・相談体制の充実を図ります。
- ウイルス性肝炎に関する正しい知識の普及・啓発、検査・治療などの総合的な推進を図り、要診療者に対する早期治療を促進して肝がんなどの予防を図ります。

現状と課題

1 感染症の動向

- 海外においては、エボラ出血熱、重症呼吸器症候群（SARS）や中東呼吸器症候群（MERS）等の新興感染症が相次いで発生しています。
- それにより、平成26（2014）年11月に感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）が改正され、二類感染症として新型インフルエンザ等感染症に変異するおそれが高い鳥インフルエンザ（H7N9型）や中東呼吸器症候群（MERS）が指定となりました。
- 平成28（2016）年3月には感染症法施行規則が改正され、四類感染症としてジカウイルス感染症が指定され、さらに、令和2（2020）年2月には新型コロナウイルス感染症が指定感染症に指定されるなど、監視対象となる感染症が増えてきています。
- また、国際交流の活発化や航空機による高速かつ大量輸送の進展に伴い、国外で感染し、帰国後に発症する輸入症例は後を絶たず、新興感染症の国内への侵入の危険性は高まっています。

2 感染症対策の現状と課題

（1）感染症による健康危機管理体制

- 感染症の発生情報の正確な把握と分析結果の迅速な情報発信が感染症の発生及びまん延を防止するために有効であることから、県医師会を通じ、県内の医師等の協力の下、感染症発生動向調査事業を展開しています。
- 県内に第一種感染症病床が2床、第二種感染症病床が27床整備・運用されています。
- 県内でも海外渡航者や海外からの観光客が増加傾向にあることから、海外における感染症発生情報の収集など、仙台検疫所や保健所設置市である仙台市をはじめとする関係機関との緊密な情報共有や連携強化が求められています。

（2）結核対策

- 日本は年間1万4千人以上の結核患者が発生し、約2千人が亡くなっており、世界的にも結核の「中まん延国」に位置づけられていますが、本県においては、結核り患率が低く（令和元（2019）年全国4位）、新規の結核登録患者数も減少傾向にあります。
- しかしながら、新規の結核登録患者の約6割は70歳以上の高齢者であり、基礎疾患を有するうえに様々な疾患を併発していることから、治療形態は多様化しており、主に入院治療のための患者受入れをはじめとした医療提供体制の確保が課題となっています。
- さらに、結核医療を担う医師の不足や結核患者の減少に伴う結核病床の稼働率の低下から採算性が問題となり、医師の確保や適正な結核病床数の維持が課題となっています。

- 本県では、県北地域医療連携会議の検討結果を受けて、宮城県立循環器・呼吸器病センターの機能を栗原市立栗原中央病院に移管することになり、平成31年4月から結核病床28床が稼働しています。

【図表5-2-13-1】結核のり患率の推移

		区分	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
新登録 患者数	患者総数（人）	宮城県	198	185	167	166	168
		全 国	18,280	17,625	16,789	15,590	14,460
	り患率（％）	宮城県	8.5	7.9	7.2	7.2	7.3
		全 国	14.4	13.9	13.3	12.3	11.5
	うち喀痰塗抹陽性 肺結核患者数（人）	宮城県	75	87	54	63	61
		全 国	7,131	6,642	6,359	5,781	5,231
結核による死亡者数（人）		宮城県	23	25	20	30	16
		全 国	1,956	1,892	2,306	2,204	2,088

出典：「結核登録者情報調査年報」（厚生労働省）

（３）肝炎対策

- 平成22（2010）年1月に施行された肝炎対策基本法において国が肝炎対策に関して責任を負うことが規定されるとともに、平成23（2011）年5月に公表された国の肝炎対策基本方針において、国、地方公共団体等が取り組むべき方向性が示され、今後の肝炎対策のより一層の推進を図ることとされました。
- ウイルス性肝炎は、本人に自覚症状がないことが多く、適切な時期に治療を受けられないまま、気がつかないうちに肝硬変や肝がんを発症することが問題となっています。
- 本県では、肝炎ウイルス検査を保健所で実施するとともに、医療機関や健診団体への委託を通じて、検査機会の拡大を図り、肝炎ウイルス陽性者に対しては、医療機関への早期受診の勧奨を推進しています。
- また、C型肝炎については、新治療薬の登場によりウイルスの排除が容易となりました。

【図表5-2-13-2】肝炎ウイルス検査実施状況

検査項目	平成28年		平成29年		平成30年		令和元年	
	件数	陽性者数	件数	陽性者数	件数	陽性者数	件数	陽性者数
B型	1,810	14	1,756	8	1,845	13	1,540	5
C型	1,808	3	1,752	7	1,832	11	1,567	3
合計	3,618	17	3,508	15	3,677	24	3,107	8

出典：県保健福祉部調査

【図表5-2-13-3】肝炎治療特別促進事業の認定実績

年度	種 別		申請（件）	認定の状況（件）	
				認定	不認定
H28	インターフェロン	新規（3剤以外）	2	2	0
		新規（3剤）	0	0	0
		延長	0	0	0
		再認定	0	0	0
	核酸アナログ	新規	111	105	6
		更新	982	982	0
	インターフェロンフリー	新規	735	735	0
		再治療	17	17	0
H29	インターフェロン	新規（3剤以外）	0	0	0
		新規（3剤）	0	0	0
		延長	0	0	0
		再認定	0	0	0
	核酸アナログ	新規	92	88	4
		更新	978	978	0
	インターフェロンフリー	新規	426	426	0
		再治療	37	37	0
H30	インターフェロン	新規（3剤以外）	0	0	0
		新規（3剤）	0	0	0
		延長	0	0	0
		再認定	0	0	0
	核酸アナログ	新規	85	79	6
		更新	1005	1005	0
	インターフェロンフリー	新規	375	375	0
		再治療	39	39	0
R1	インターフェロン	新規（3剤以外）	0	0	0
		新規（3剤）	0	0	0
		延長	0	0	0
		再認定	0	0	0
	核酸アナログ	新規	79	79	0
		更新	1,076	1,076	0
	インターフェロンフリー	新規	269	269	0
		再治療	12	12	0

出典：県保健福祉部調査

（４）新型インフルエンザ等対策

- 平成21（2009）年に発生した豚由来の新型インフルエンザ（H1N1型）の経験を踏まえて、平成24（2012）年5月には新型インフルエンザ等対策特別措置法が公布されたことから、本県でも「宮城県新型インフルエンザ等対策行動計画」及び「宮城県新型インフルエンザ等対応マニュアル」を策定し、体制整備を推進しています。
- また、平成21（2009）年以降、新たに新型インフルエンザの発生は確認されていませんが、国外では、新型インフルエンザに変異するおそれがある鳥インフルエンザ（H5N1型及びH7N9型）のヒトへの感染例や死亡例の報告が続いています。
- なお、新型インフルエンザの発生に備えて対応力の向上を図るため、令和2（2020）年1月には、感染制御対応や情報伝達、対策本部会議の実施訓練を行い、対策強化を推進しました。

(5) エイズ等対策

- 全国におけるエイズ患者及びHIV感染者の累積報告数は、令和3（2021）年6月末現在、33,467人（前年同月比1,600人増）であり、本県においては、281人（同12人増）となっており、全国的な傾向と同様に、報告数の増加が続いています。
- 症状が出てからエイズと診断されたり、HIV感染に気づかない感染者からの二次感染が広がるおそれがあることから、エイズやHIVに関する正しい知識や感染予防の普及啓発や教育、さらには検査や相談体制の充実が必要となっています。
- 本県においては、仙台医療センターが県の中核拠点病院に、さらに東北地区のブロック拠点病院に指定されており、医療従事者等に対する各種研修活動を行うなど、地域の実状に応じたHIV・エイズ医療体制を構築しています。

(6) 新型コロナウイルス感染症について

- 国内においては、令和2年1月に最初の感染者が確認され、同年2月には指定感染症に指定されました。
- 本県においても令和2年3月に最初の感染者が確認され、同年4月には感染拡大防止と医療提供体制の崩壊を未然に防止するため、全都道府県を対象に新型インフルエンザ等特別措置法に基づく緊急事態宣言が出されました。
- 令和4年（2022年）3月末現在、累積感染者数は全国で約657万人であり、本県においては約5万8千人となっており、未だ感染の収束は見通せない状況です。
- 更なる感染拡大に対応するため、検査体制の強化及び適切な医療提供体制の確保が求められています。

(7) その他の感染症について

- 麻しんは、平成27（2015）年3月27日に世界保健機関西太平洋地域事務局により、日本が麻しんの排除状態にあることが認定されましたが、その後も国内において、輸入症例を発端とした集団感染事例が報告されています。
- 令和2年（2020年）以降は、新型コロナウイルス感染症の世界的流行により、訪日外国人旅行者数が大幅に減少し、訪日者からの麻しんの持ち込みリスクは低下しています。
- 主にノロウイルスを原因とする感染性胃腸炎は、毎年12月から翌年1月をピークに全国的に流行していますが、本県においても冬から春にかけて集団感染事例が報告されています。
- 高病原性鳥インフルエンザについて、本県では、令和3（2021）年2月に野鳥で、令和4（2022）年3月には家きん（H5亜型）で感染が確認され、家畜伝染病予防法に基づく防疫措置を講じています。

【図表5-2-13-4】感染症の発生状況

類 型	疾 患 名	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年
三類	コレラ	1	0	0	0	0
	細菌性赤痢	3	2	1	0	4
	腸管出血性大腸菌感染症	133	111	82	110	100
	腸チフス	0	0	1	0	0
	パラチフス	0	0	1	0	1
四類 (抜粋)	オウム病	0	0	0	0	0
	つつが虫病	4	5	8	9	5
	デング熱	3	4	2	1	2
	レジオネラ症	30	36	57	32	70
五類全数 (抜粋)	後天性免疫不全症候群	14	12	13	11	17
	梅毒	25	29	62	91	76
	風しん	1	1	3	12	4
	麻しん	0	0	2	0	5
	インフルエンザ	19,840	31,118	31,906	35,027	42,398
五類定点 (抜粋)	感染性胃腸炎	19,749	27,155	15,472	14,105	14,220

出典：「感染症発生動向調査年報」（厚生労働省）（疾患の類型区分は、令和2（2020）年4月1日現在で記載）

1 感染症による健康危機管理体制の整備

- 感染症の発生やまん延に備えて、仙台検疫所等の国の機関、県医師会、消防・警察及び市町村等との連携を強化するとともに、第一種感染症指定医療機関である東北大学病院を始めとする感染症指定医療機関やその他の県内医療機関と緊密な連携を図りながら、良質で適切な医療等が提供されるための体制整備の充実に努めます。
- 感染症発生時において、患者個人の意思や人権を尊重し、一人ひとりが安心して社会生活を続けながら良質で適切な医療を受けられるとともに、入院措置がとられた場合には、早期に社会復帰できるよう環境整備に努めます。
- また、感染症のまん延防止、県民の不安解消及び風評被害の回避を図るため、人権の尊重や個人情報の保護に十分配慮しながら、県民に対して、感染症に関する正しい知識や予防策を的確に提供するなど、リスクコミュニケーションの推進に努めます。

2 適正な結核医療の推進

- 宮城県立循環器・呼吸器病センターの機能移管に伴い、栗原市立栗原中央病院に結核病床が新たに整備されたことから、結核患者に対する適切な医療をこれまでと同様に提供できる体制の維持に努めるとともに、身近な地域において治療が受けられるよう、国の制度を活用しながら、充実に努めます。
- 潜在性結核感染症を含む全結核登録患者のDOTS（直接服薬確認療法）の推進を目指し、DOTSカンファレンスの開催や服薬手帳・地域連携パスの作成を通じて、退院後も地域DOTSによる患者支援に努めます。

3 肝疾患診療体制の推進

- 「宮城県肝炎対策協議会」において学識経験者等の意見を踏まえながら、肝疾患診療連携拠点病院及び概ね二次医療圏ごとに専門医療機関を指定し、かかりつけ医と専門医療機関との連携強化等、肝疾患診療体制を構築しており、今後は更なる連携強化に努めます。

4 新型インフルエンザ等対策の推進

- 国の動向を見定めつつ、「宮城県新型インフルエンザ等対策行動計画」等の見直しを行い、新型インフルエンザ等の発生に備えて、市町村や指定地方公共機関との連携を強化するとともに、感染症指定医療機関、東北大学及び県医師会等の関係機関と緊密な連携を図りながら、適切な医療等が提供される体制の整備に努めます。

5 HIV感染者及びエイズ患者に対する医療提供体制の充実

- 治療効果を高めるためには、早期発見、早期治療が重要であることから、正しい知識の普及啓発に努めるとともに、検査・相談体制の拡充を図ります。
- 本県の中核拠点病院である仙台医療センターを中心として、県内のエイズ拠点病院や一般医療機関との連携を強化し、適切な医療提供体制の充実に努めます。

6 新型コロナウイルス感染症について

- 感染拡大防止に備えて、関係機関との緊密な連携を図りながら、検査体制の強化を図るとともに良質で適切な医療等が提供されるための体制整備の充実に努めます。
- 感染拡大防止、県民の不安解消及び風評被害の回避を図るため、人権の尊重や個人情報の保護に十分配慮

しながら、県民に対して、感染症に関する正しい知識や予防策を的確に提供するなど、リスクコミュニケーションの推進に努めます。

7 その他の感染症について

- 感染症の予防対策として、予防接種は有効な手段であることから、ワクチンの有効性や安全性に関する正しい知識の普及に努めるとともに、市町村や県医師会と連携し、安全かつ適切な予防接種を受けやすい環境の整備を図ります。
- 令和3（2021）年11月に積極的勧奨の差し控えが終了したHPVワクチン接種については、個別勧奨の推進や接種体制の整備について、接種の実施主体である市町村への助言や情報提供に努めます。

数値目標

指 標	現 況	2023年度末	出 典
喀痰塗抹陽性肺結核初回治療患者の 治療失敗・脱落中断率	0%	5%以下の維持	「令和元年結核登録者情報調査年 報」（厚生労働省）
麻しん風しん予防接種率（定期）	第一期：95.3%	第一期、第二期とも 95%以上	「令和元年市町村接種率調査」（厚 生労働省）
	第二期：93.6%		