

## 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6千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、がんに関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	29,000人	1,626,000人	「平成26年患者調査」(厚生労働省)
人口比	1.2%	1.3%	「人口推計」(平成26(2014)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	6,663人	372,986人	「平成28年人口動態調査」(厚生労働省)
死因に占める割合	28.4%	28.5%	「平成28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	15,694人	862,452人	「宮城県のがん登録平成23年集計」(県保健福祉部) 地域がん登録全国推計値(2013)(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、肺の順に多く、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、結腸、膵臓の順です。

【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
<b>罹患</b>					
男	胃	大腸	肺	前立腺	肝臓
女	乳房	大腸	胃	肺	子宮
計	胃	大腸	肺	乳房	前立腺
<b>死亡</b>					
男	肺	胃	膵臓	結腸	肝臓
女	肺	結腸	膵臓	乳房	胃
計	肺	胃	膵臓	結腸	肝臓

出典：罹患は「宮城県のがん登録平成23年集計」（県保健福祉部）、死亡は「平成28年人口動態統計」（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

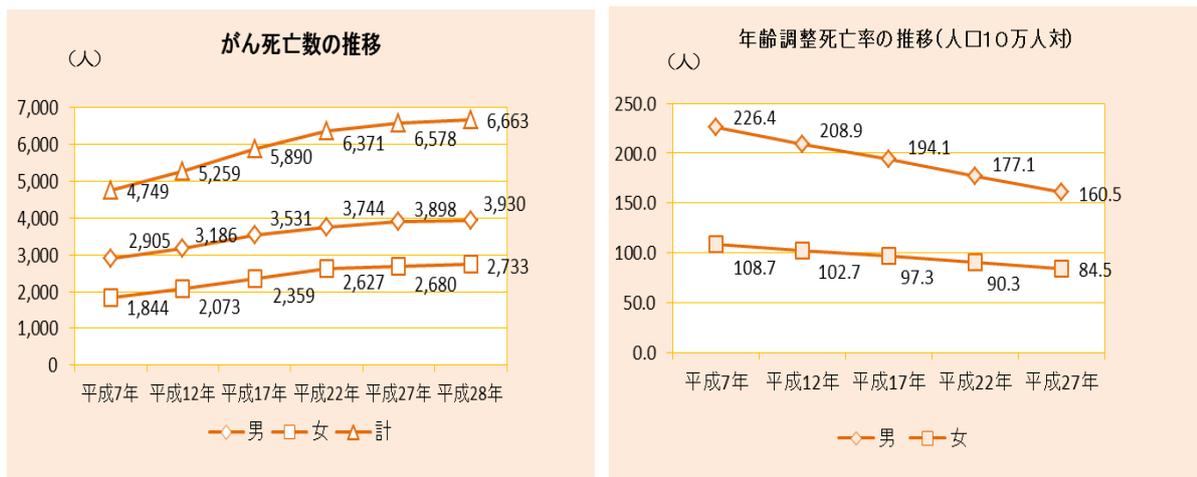
		37年	40年	43年	48年	53年	58年	63年	5年	10年	15年	20年
		~39年	~42年	~47年	~52年	~57年	~62年	~平成4年	~9年	~14年	~19年	~23年
罹患数	総計	7,616	8,497	14,454	18,053	23,065	29,428	36,747	44,548	54,776	67,664	59,634
	1年平均罹患数	2,539	2,833	2,891	3,611	4,613	5,885	7,349	8,909	10,956	13,532	14,909
	男	4,034	4,319	7,790	9,845	12,753	16,552	21,161	26,096	32,038	40,406	34,679
	1年平均罹患数	1,345	1,440	1,558	1,969	2,551	3,310	4,232	5,219	6,408	8,081	8,670
	女	3,582	4,178	6,664	8,208	10,312	12,876	15,586	18,452	22,738	27,258	24,955
	1年平均罹患数	1,194	1,393	1,333	1,642	2,062	2,575	3,117	3,690	4,548	5,451	6,239

出典：「宮城県のがん」（宮城県新生物レジストリー）

※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たばこ・成人期の食事・肥満の状況を見ると、たばこを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みやぎ県南中核病院、東北労災病院、仙台医療センター、大崎市民病院、石巻赤十字病院の5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\*2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

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	みやぎ県南中核病院 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

\*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 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があります。さらに、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4箇所あり、病床は79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5年間で12.82%（H22（2010））から17.13%（H27（2015））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るとして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）

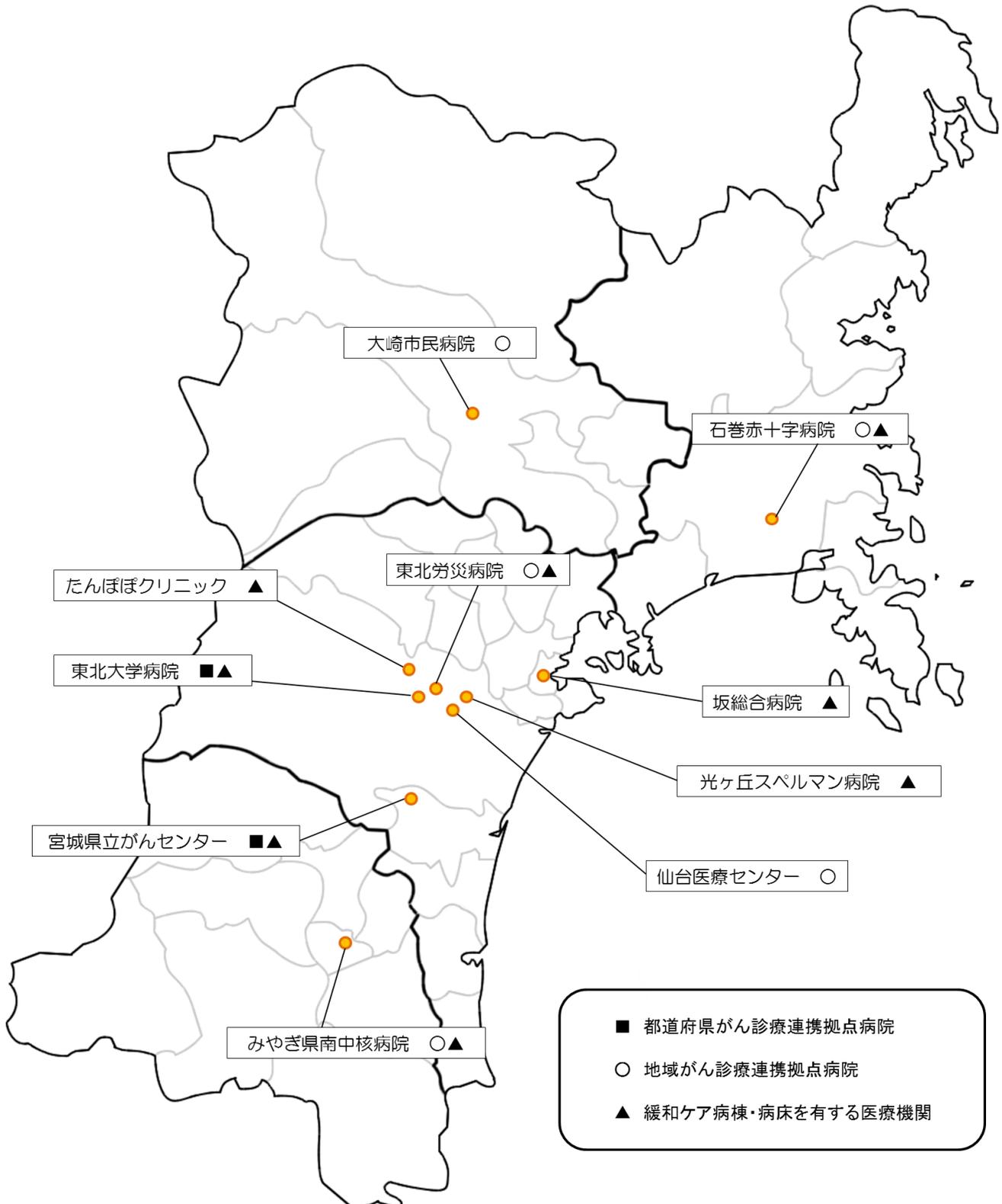
緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の初期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな（霊的な・魂の）問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ（生活の質、生命の質）を改善するためのアプローチです。

#### (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。

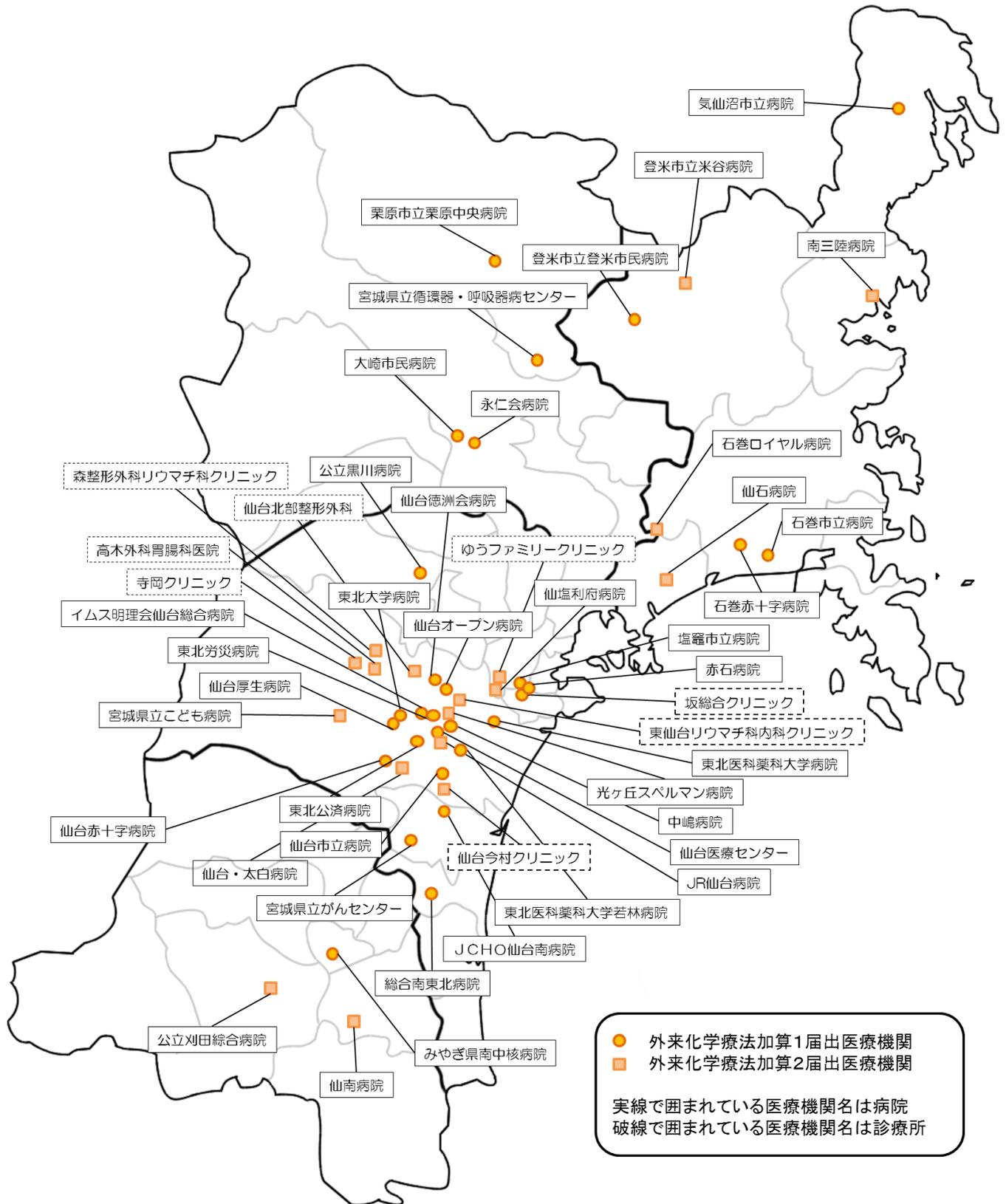
## がんの医療機能の現況

【図表5-2-1-7】がん診療連携拠点病院・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」（平成29（2017）年10月1日現在）（東北厚生局），  
県保健福祉部調査（平成29（2017）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」（平成29（2017）年9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。
- 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の在り方を、国の動向を踏まえて総合的に判断するとともに、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果的・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いや、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<sup>\*1</sup>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。
- 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。

\*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。

- 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処を推進します。
- 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を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。

- 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「小慢さぼーとせんたー」\*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『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。

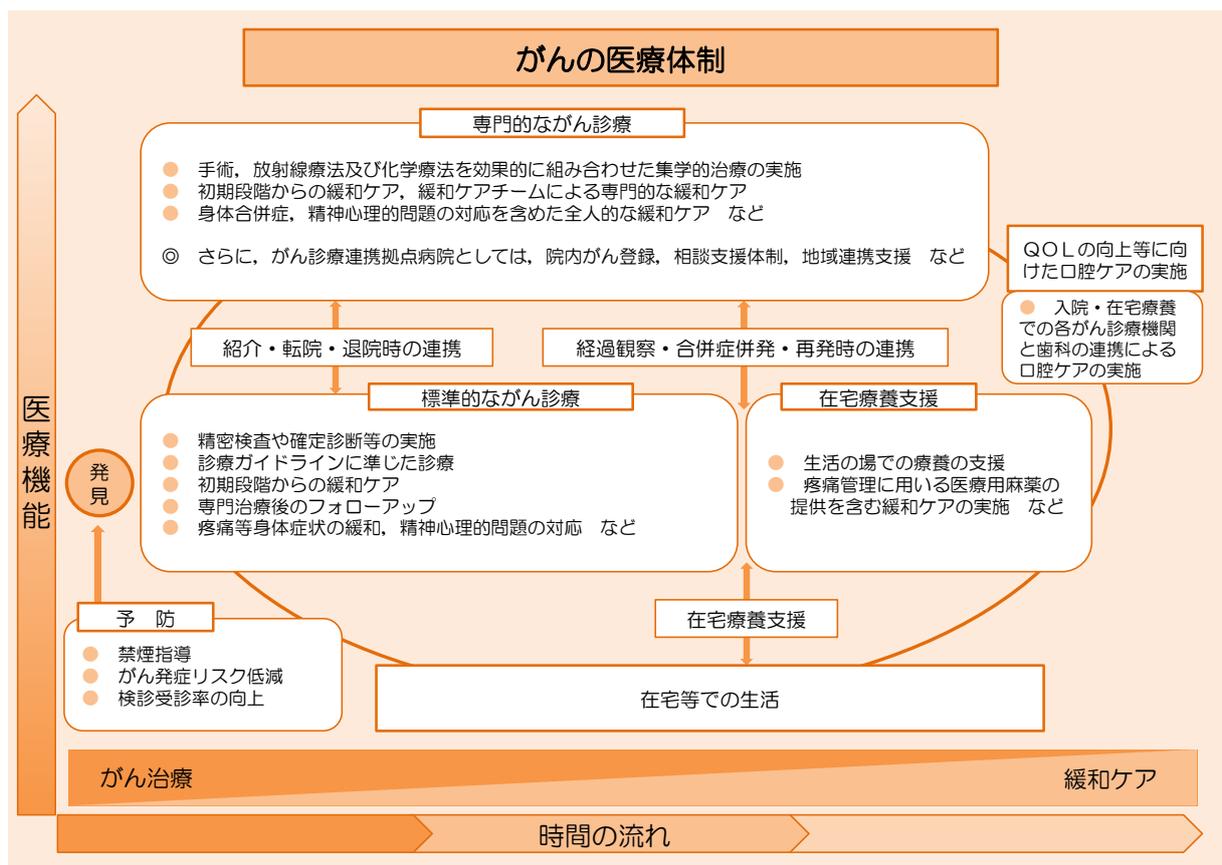
### （3）がん教育、がんに関する知識の普及啓発

- 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 小慢さぼーとせんたー

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

【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%	「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%		
	飲食店（毎日・時々）	40.4%		
がん検診受診率	胃がん	61.2%	「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%		70%以上
	子宮がん	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）	77.3	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。

## 第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

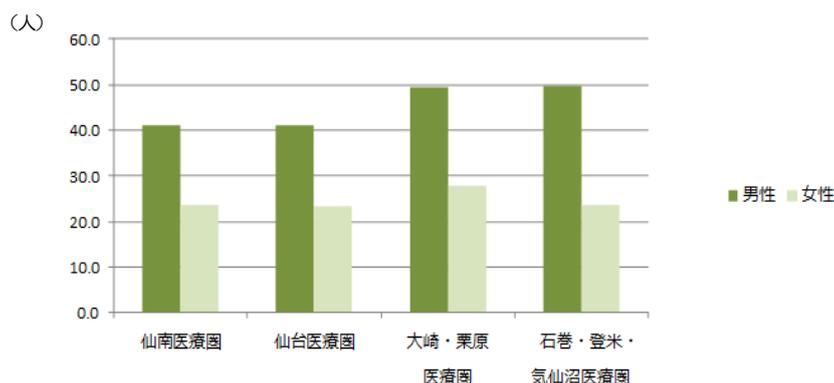
- 宮城県では、年間2万4千人の県民が脳卒中に罹患していますが、その約8割が脳梗塞であり、脳内出血やくも膜下出血などその他脳血管疾患は約2割となっています。また、年間約2千3百人が脳血管疾患で死亡しており、死因の約10%を占めています。

【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	29.3%	26.2%	「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（平成27（2015）年度）（厚生労働省）
脳血管疾患の総患者数 （人口比）	24,000人 （1.0%）	1,179,000人 （0.9%）	「平成26年患者調査」（厚生労働省）及び「人口推計」（平成26（2014）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者数 （全死因に占める割合）	2,312人 （9.9%）	109,320人 （8.4%）	「平成28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 44.1 女性 24.2	男性 38.4 女性 21.3	「平成27年人口動態統計」（厚生労働省）及び「平成27年国勢調査」（総務省統計局）から算出

- 平成26年宮城県県民健康調査によると、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67.1%であり、平成22（2010）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10万人あたり592人で、全国平均の533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26年患者調査（厚生労働省））
- 平成27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96,482人であり、割合は17.2%で、全国ワースト2位、予備群の該当者は67,898人であり、割合は12.1%で、全国ワースト13位となっています。両者を合わせた割合は29.3%で、沖縄県の32.1%、福島県の29.6%に次いで全国ワースト3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26（2014）年においては県全体で4,4千人でした。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42.5分であり、全国平均の39.4分と比べ長く、都道府県別では全国8番目の長さでした（平成27（2015）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10万人あたり10.9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14.5件、仙台医療圏10.4件、大崎・栗原医療圏の5.3件、石巻・登米・気仙沼医療圏15.2件と幅があります。
- 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である。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。

【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97施設あります（うち83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22,732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を届け出ている医療機関は、4医療圏全てに存在しますが、そ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、地域格差解消が課題となっています。回復リハビリテーションが可能な施設を医療圏ごとに適切な数を整備する必要があります。
- 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

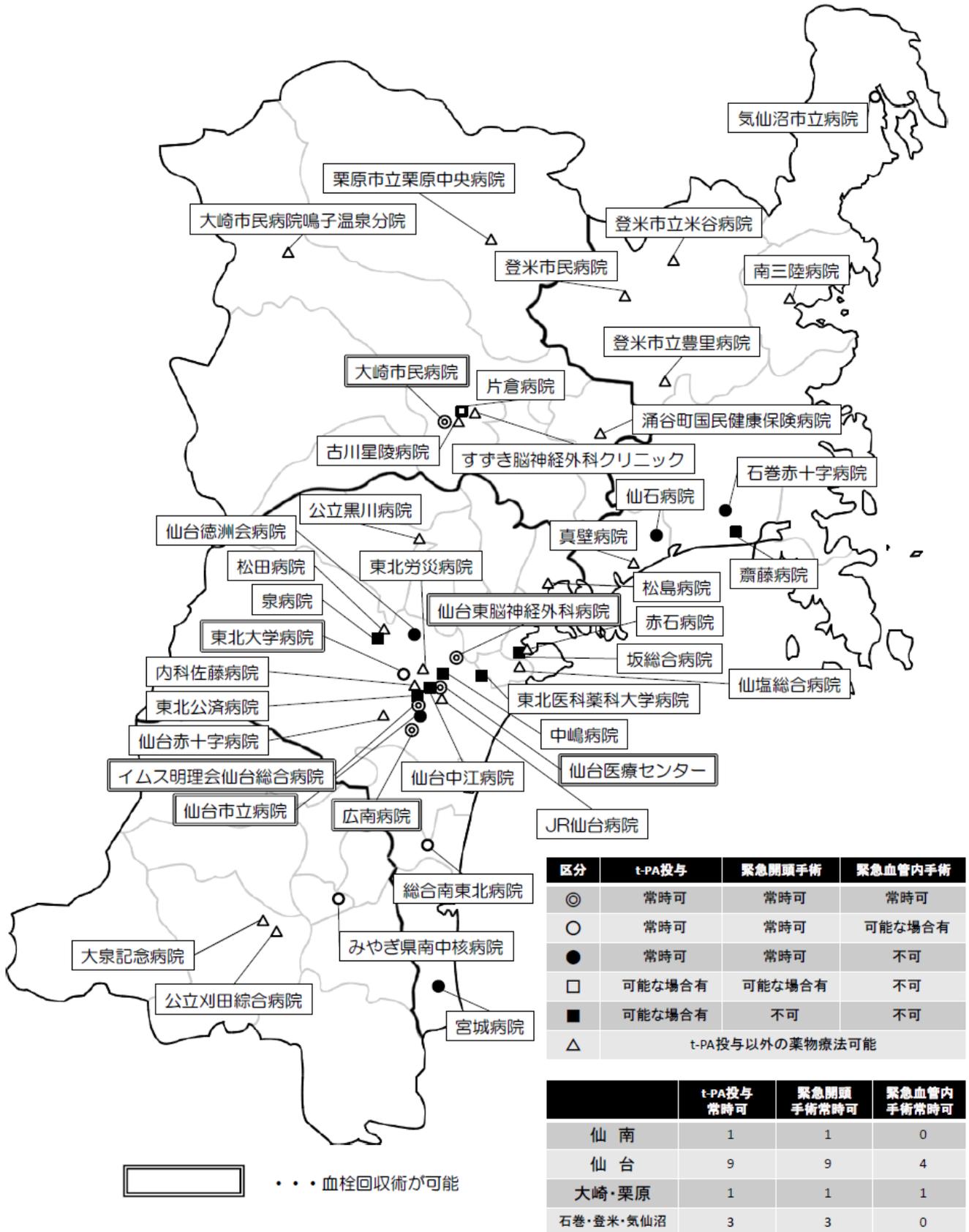
- 脳卒中維持期患者に対する訪問診療は30施設が実施しています。本県の脳血管疾患患者の在宅死亡割合は28.6%（平成27（2015）年度）であり、全国で5番目に高い割合になっています。今後、在宅医療をさらに充実していく必要があります。

### （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19病院が参加しています。登録患者数の累計も9,061名となり、のべ1,102名の転院に活用されています。（平成29（2017）年7月末現在）

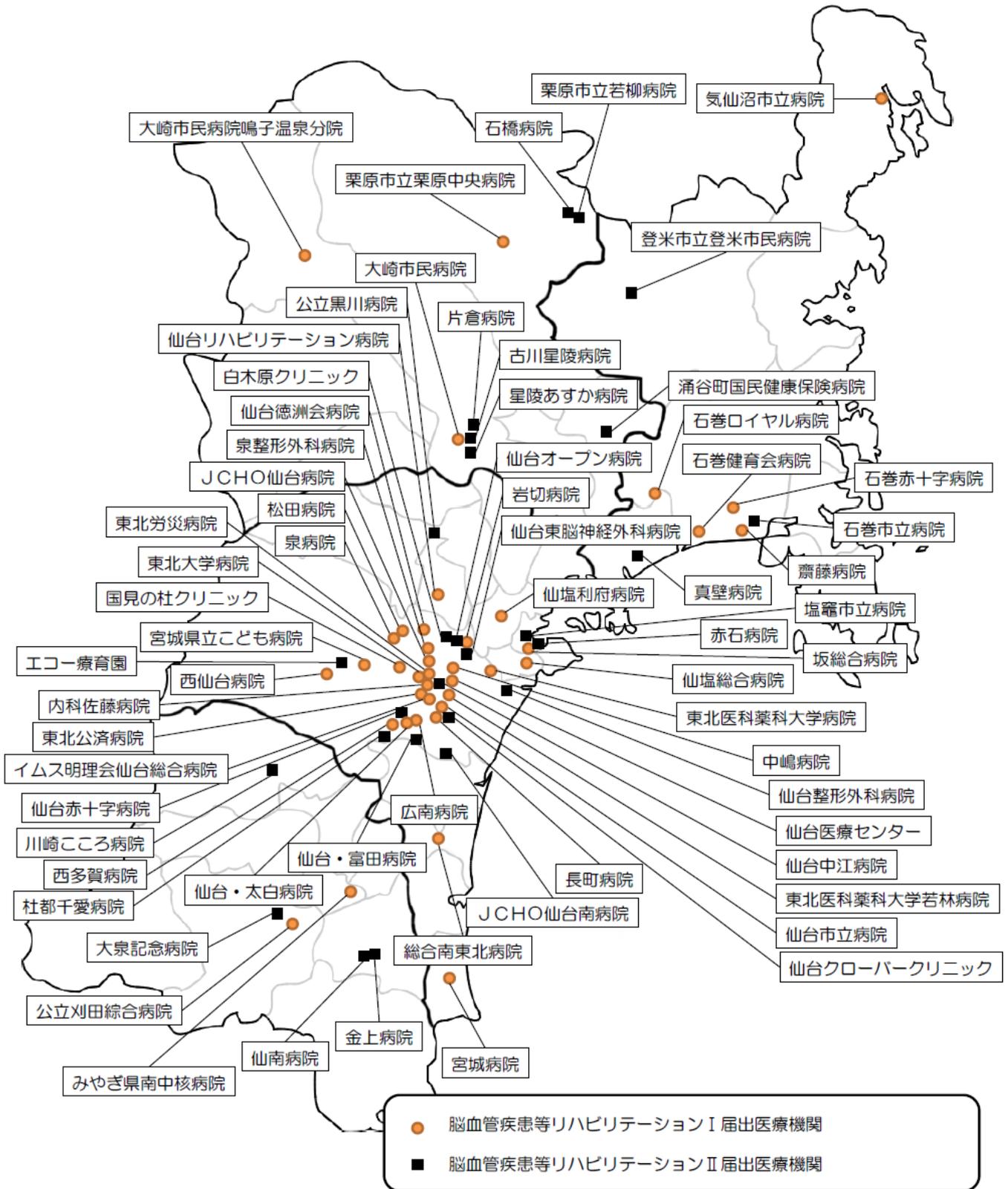
# 脳卒中の医療機能の現況

【図表5-2-2-4】 t-PA実施可能な施設等 22施設 ほか



出典：「宮城県救急搬送実施基準（平成29年12月一部改正）」（県総務部）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Ⅰ、Ⅱ\*2届出医療機関



出典：「施設基準の届出受理状況」（平成29年9月1日現在）（東北厚生局）

\*2 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。

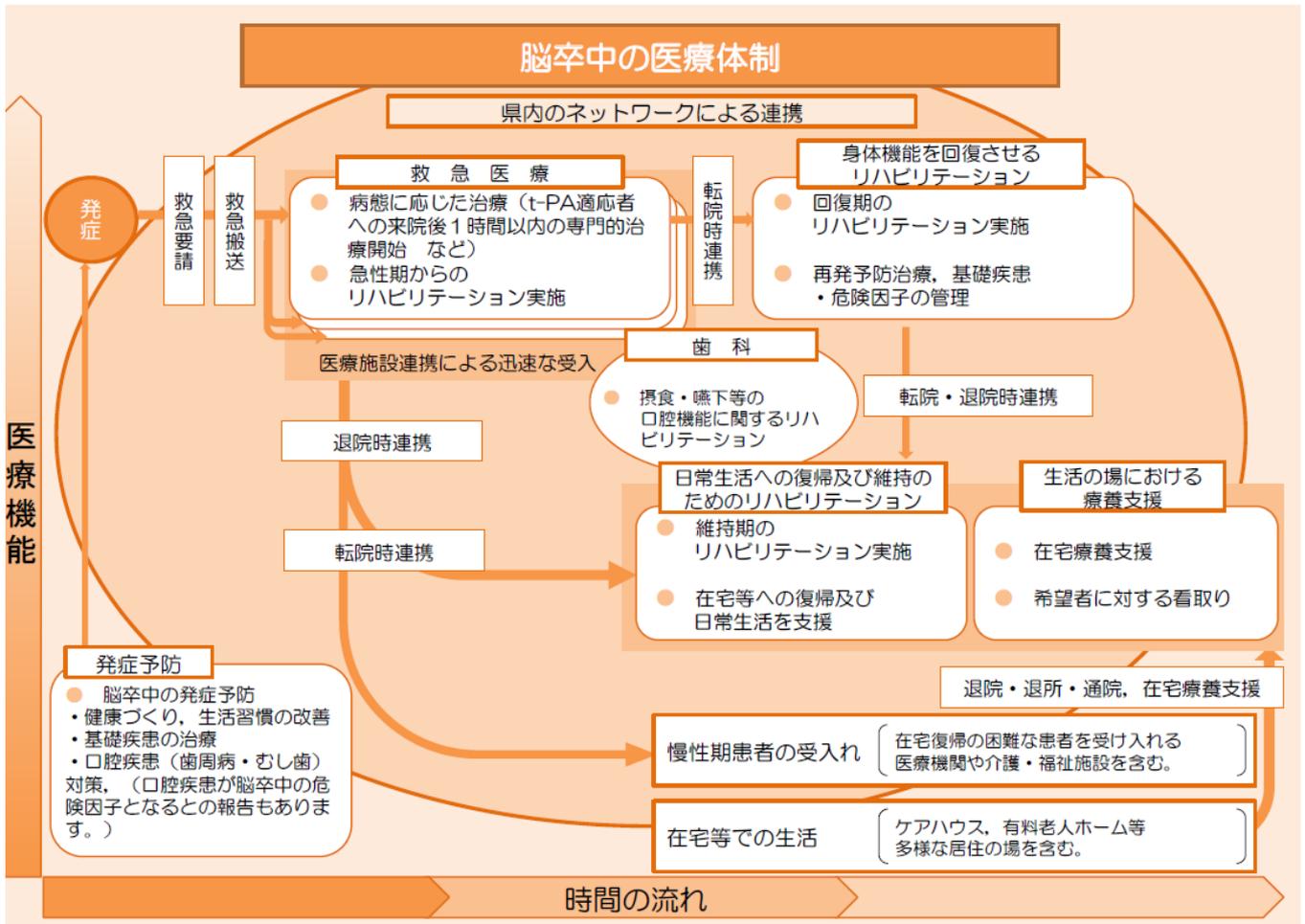
## 3 速やかな急性期治療と維持期治療までの円滑な連携体制の構築

- 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。

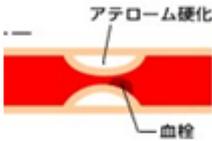
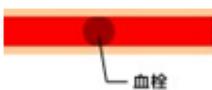
【図表5-2-2-6】



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及び予備群の減少率（特定保健指導の対象者の減少率）（平成20年度対比）	17.52%	25%	「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（平成27（2015）年度）（厚生労働省），「平成20年住民基本台帳人口」（総務省）から算出
脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）	男性 44.1 女性 24.2	男性 37.1 女性 22.2	「平成27年人口動態統計」（厚生労働省）及び「平成27年国勢調査」（総務省統計局）から算出
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	60.0%	66%	「平成26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」	<p>アテローム血栓性梗塞</p> 	<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。</p> <p>症状は、片まひ、感覚障害、言語障害、意識障害など。</p>
		<p>ラクナ梗塞</p> 	<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。</p> <p>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>
		<p>心原性脳梗塞栓症</p> 	<p>心臓などにてきた血栓が、脳血管まで流れ、脳血管が詰まるもの。</p> <p>症状は、意識喪失。</p> <p>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」	<p>脳出血</p> 	<p>脳の細い血管が破れて出血するもの。</p> <p>症状は、昏睡、半身麻痺など。</p>
		<p>くも膜下出血</p> 	<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。</p> <p>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。

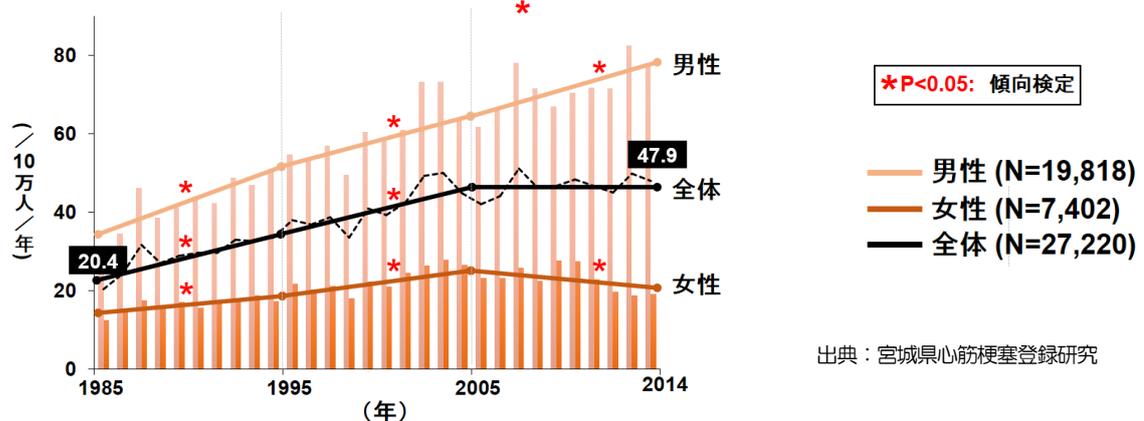
### 現状と課題

## 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

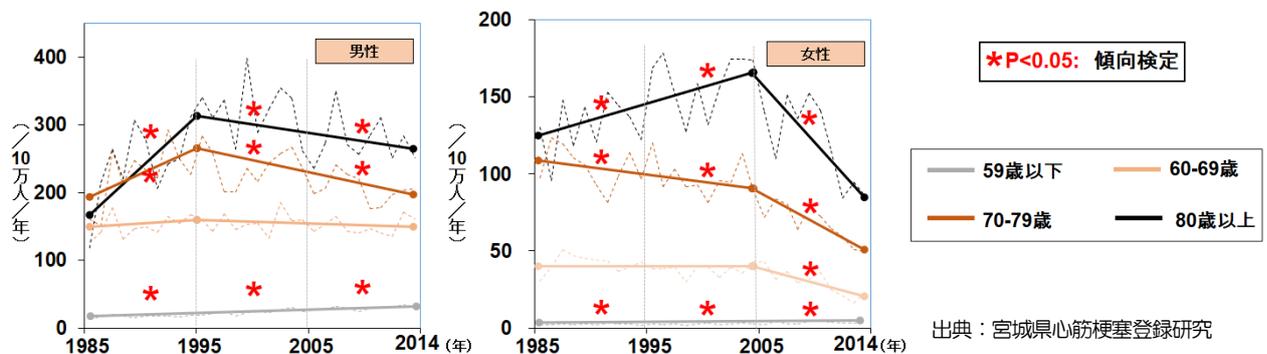
- 宮城県心筋梗塞登録研究\*1によると、宮城県における急性心筋梗塞の発症頻度は、昭和60（1985）年には人口10万人当たり20.4人の発症率でしたが、平成26（2014）年には47.9人と2.3倍に増加しました（図表5-2-3-1）。

【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）



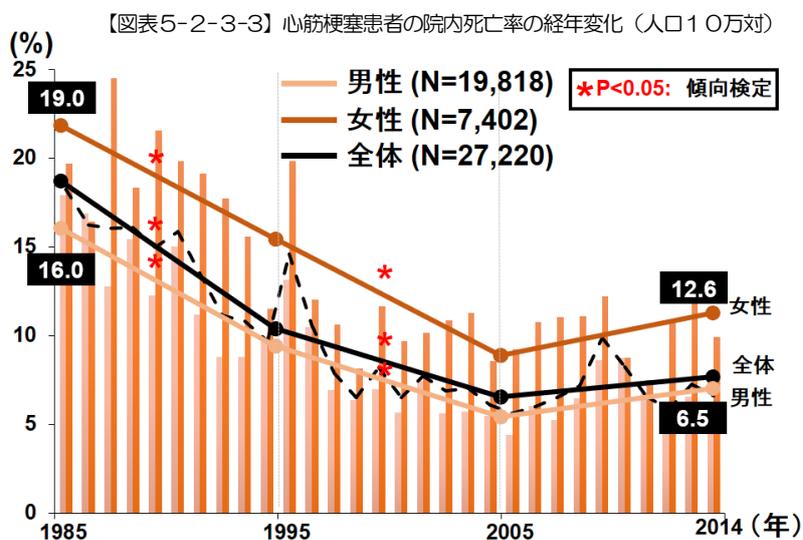
- また、近年、高齢者の発症が減少傾向となっている一方で、59歳以下の若い世代での発症が男女ともに増加傾向となっています。（図表5-2-3-2）。

【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38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3万1千症例以上が登録されています。

- 平成27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96,482人であり、割合は17.2%で、全国ワースト2位、予備群の該当者は67,898人であり、割合は12.1%で、全国ワースト13位となっています。両者を合わせた割合は29.3%で、沖縄県の32.1%、福島県の29.6%に次いで全国ワースト3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%から平成20（2008）年の8%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<sup>\*2</sup>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）<sup>\*3</sup>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）。



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4.2万人と推計されます。また、年間約1.8万人が大動脈瘤およ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、死亡順位の第9位です。宮城県では大動脈瘤及び解離で年間361人が死亡しており、死因全体の1.5%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30万人と推計され、そのうち約70%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37.1%、約7.4万人です。宮城県では、心不全の患者数は7千人と推計され、年間1,228人が死亡しており、死因全体の5.2%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。

\*2 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。

\*3 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

	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	29.3%	26.2%	「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（平成27（2015）年度）（厚生労働省）
心疾患総患者数（高血圧性のものを除く）	53,000人 (2.3%)	1,729,000人 (1.4%)	
うち急性心筋梗塞総患者数（人口比）	1,000人 (0.04%)	33,000人 (0.03%)	「平成26年患者調査」（厚生労働省）及び「人口推計」（平成26（2014）年10月1日現在）（総務省統計局）から算出
うち心不全総患者数（人口比）	7,000人 (0.3%)	302,000人 (2.4%)	
大動脈瘤及び乖離総患者数（人口比）	1,000人 (0.04%)	42,000人 (0.03%)	
心疾患による年間死亡者数（全死因に占める割合）	3,662人 (15.6%)	198,006人 (15.1%)	
うち急性心筋梗塞による年間死亡者数	511人 (2.2%)	35,926人 (2.7%)	「平成28年人口動態統計」（厚生労働省）
うち心不全による年間死亡者数	1,228人 (5.2%)	73,545人 (5.6%)	
大動脈瘤及び解離による年間死亡者数	361人 (1.5%)	18,145人 (1.4%)	
心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性 66.8 女性 31.6	男性 66.5 女性 34.6	
うち急性心筋梗塞の年齢調整死亡率	男性 11.8 女性 5.5	男性 16.5 女性 6.2	「平成27年人口動態統計」（厚生労働省）及び「平成27年国勢調査」（総務省統計局）から算出
大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率	男性 7.9 女性 4.0	男性 6.5 女性 3.4	

## 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。
- 平成27（2015）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、29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まれます。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。

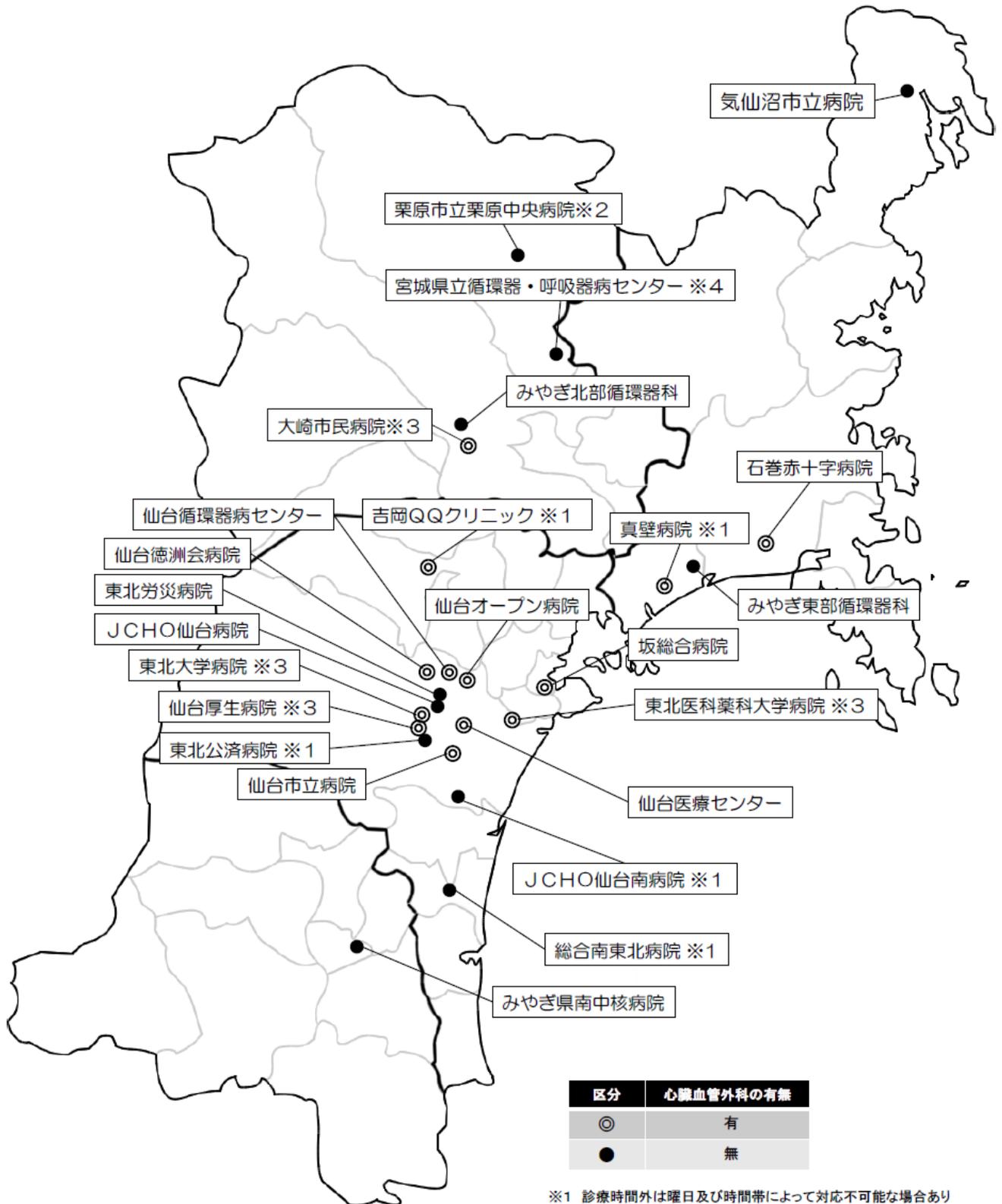
- 慢性心不全の主な治療目標は，年齢，併存症の有無，心不全の重症度等により適切に設定される必要があり，状況によっては心不全に対する治療と連携した緩和ケアも必要とされます。特に心不全患者の大部分を占める75歳以上の高齢心不全患者の管理方針は，心血管疾患以外の要因も含めた，個々の患者の全体像を踏まえた上で検討する必要があります。

#### (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。)



※1 診療時間外は曜日及び時間帯によって対応不可能な場合あり

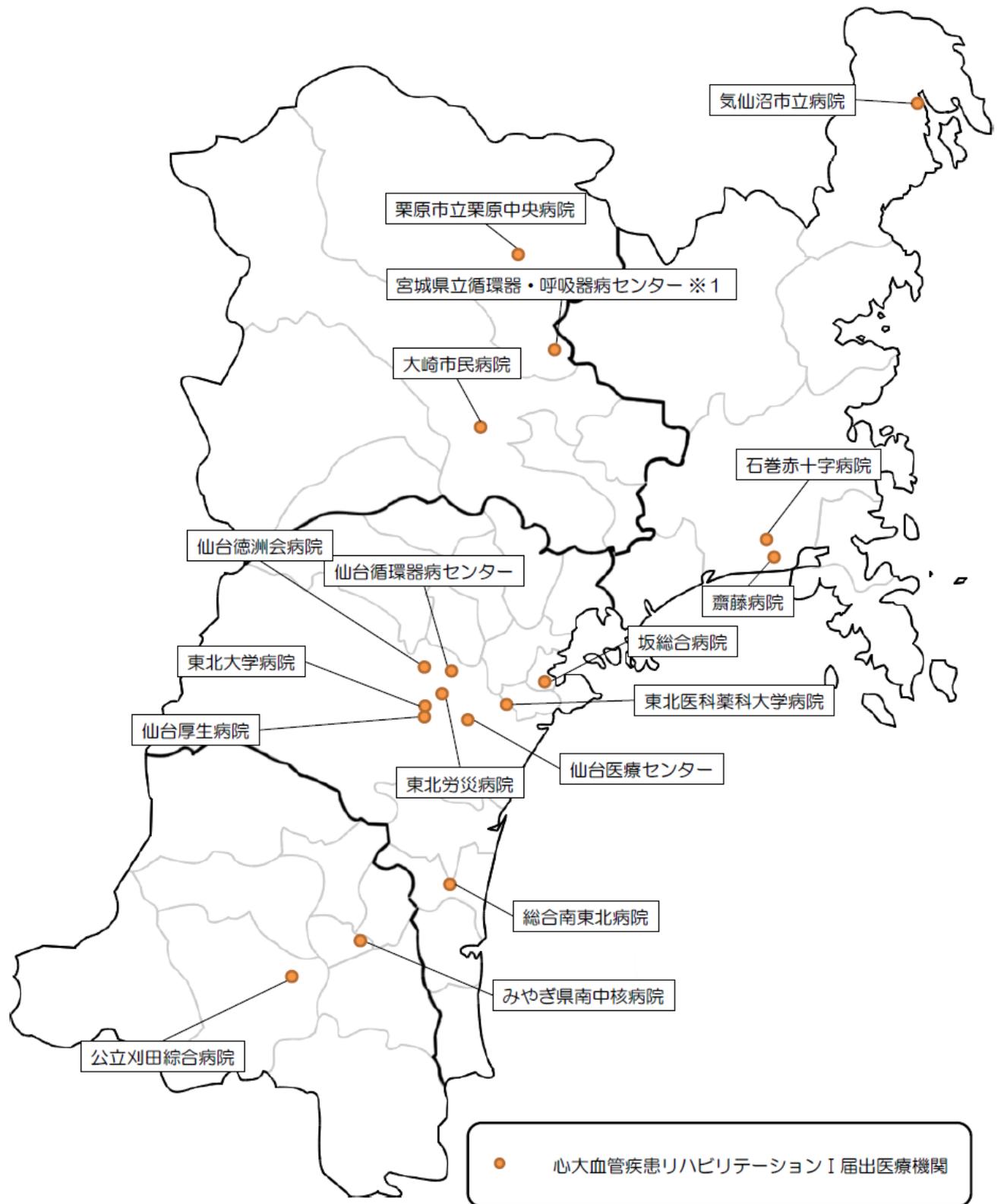
※2 曜日及び時間帯によって対応不可能な場合あり

※3 大動脈解離の緊急の外科手術が可能

※4 平成31年3月末に閉院予定

出典：「救急搬送実施基準（平成29年12月一部改正）」（県総務部）  
 を基に県保健福祉部において作成

【図表5-2-3-6】心大血管疾患等リハビリテーションを実施している医療機関



※1 平成31年3月末に閉院予定

出典：「施設基準の届出受理状況」（平成29年9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け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。

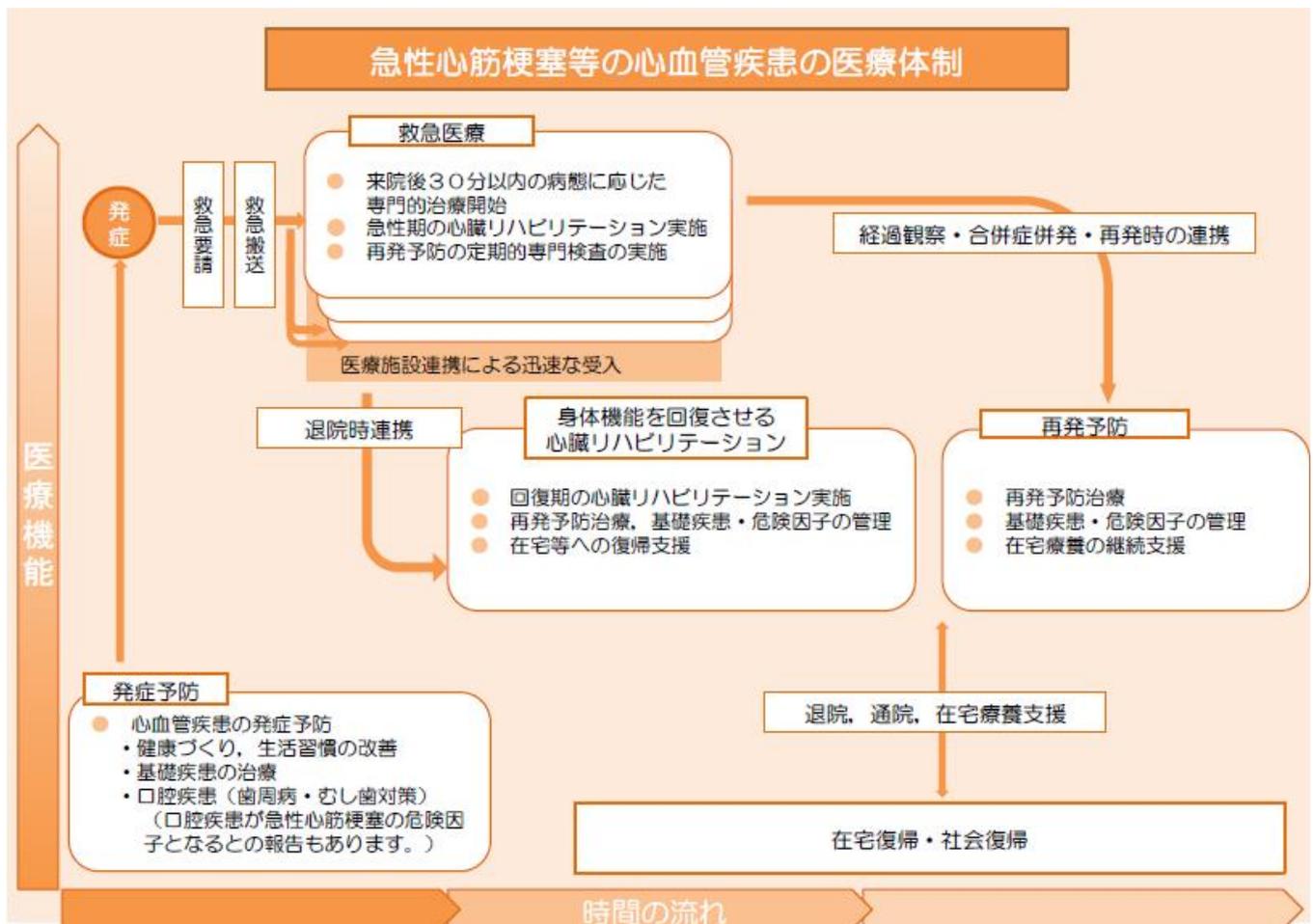
## 4 医療機関の機能分担の促進と医療機関間の連携の推進

- 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。

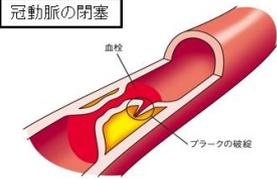
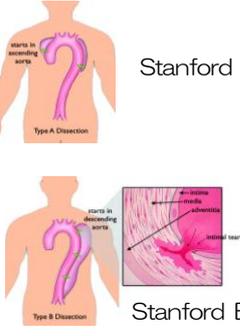
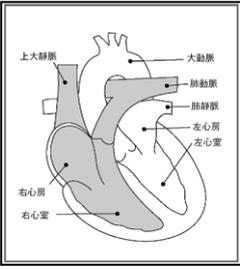
【図表5-2-3-7】



## 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及び予備群の減少率（特定保健指導の対象者の減少率）（平成20年度対比）	17.52%	25%	「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（平成27（2015）年度）（厚生労働省），「平成20年住民基本台帳人口」（総務省）から算出
心疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）	男性 66.8 女性 31.6	男性 60.9 女性 29.4	「平成27年人口動態統計」（厚生労働省）及び「平成27年国勢調査」（総務省統計局）から算出
虚血性心疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）	男性 26.2 女性 9.7	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>プラークの破綻</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、突然の胸や背中への激痛、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】

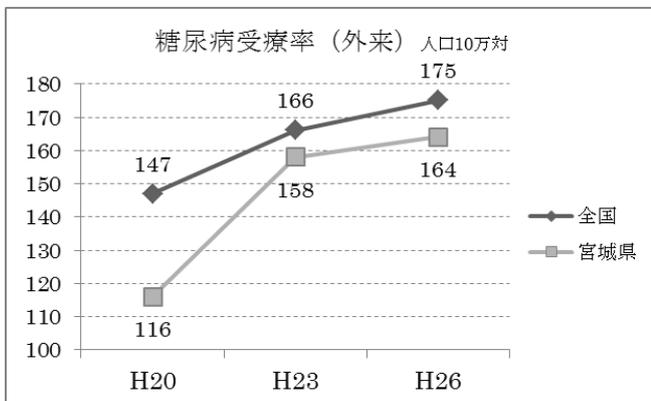
- 糖尿病患者の増加の抑制を目指し、メタボリックシンドローム該当者等の減少に資する健康づくり、発症予防に取り組みます。
- 糖尿病患者の合併症や重症化を防ぐことを目指し、糖尿病専門医とかかりつけ医の連携等を通じて糖尿病患者の的確な管理・治療体制の整備を図ります。

### 現状と課題

#### 1 宮城県における糖尿病の現状

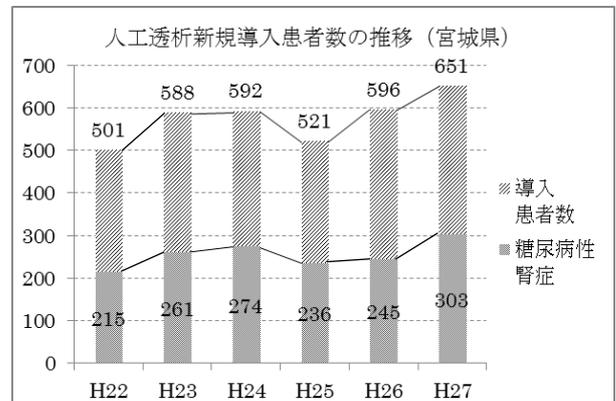
- 平成26（2014）年の患者調査によると、糖尿病の総患者数は、約6万2千人（2.7%）でした。平成28（2016）年の総死亡数は23,428人でしたが、そのうち、糖尿病による死亡数は225人で、全死因に占める割合は1.0%でした。
- 平成27（2015）年の糖尿病の年齢調整死亡率は、男性は4.5、女性は1.8といずれも全国平均より低い値でした。
- 平成27年度特定健診結果によると、本県におけるメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者は96,482人であり、割合は17.2%で、全国ワースト2位、予備群の該当者は67,898人であり、割合は12.1%で、全国ワースト13位となっています。両者を合わせた割合は29.3%で、沖縄県の32.1%、福島県の29.6%に次いで全国ワースト3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（平成26（2014）年全国175人、県164人）に近づいています。
- 人工透析新規導入患者数の年次推移でも、平成22（2010）年度の501人から平成27（2015）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215人から303人に増加するなど、重症化が進んでいます。
- 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ることから、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】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5-2-4-2】人口透析新規導入患者数の推移（宮城県）



出典：わが国の慢性透析療法の現況（日本透析医学会）

【図表5-2-4-3】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	29.3%	26.2%	「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」(平成 27 (2015) 年度)(厚生労働省)
糖尿病の総患者数 (人口比)	62,000 人 (2.7%)	3,166,000 人 (2.5%)	「平成 26 年患者調査」(厚生労働省)及び「人口推計」(平成 26 (2014) 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	266.3 人	249.1 人	「平成 26 年患者調査」(厚生労働省)及び「人口推計」(平成 26 (2014) 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)	225 人 (1.0%)	13,480 人 (1.0%)	「平成 28 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」(厚生労働省)

## 2 医療提供体制の現状と課題

### (1) 重症化予防

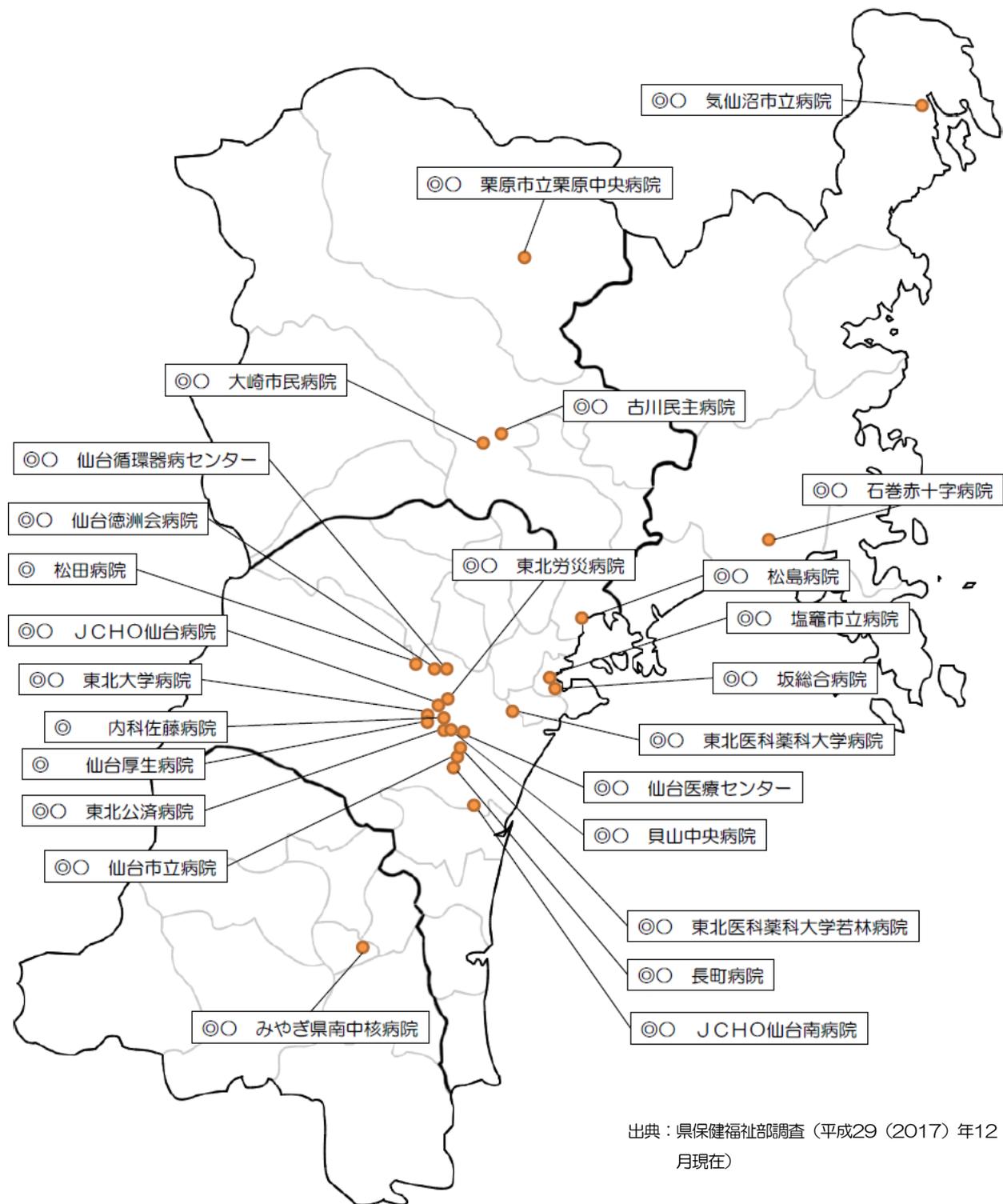
- 重症化を予防するためには、早期診断、適切な管理・治療が重要です。健診やあるいは他疾患による医療機関受診をきっかけとして、糖尿病の早期診断につながることもあり、あらゆる局面を活用して糖尿病の早期診断を推進することが課題となっています。
- 医療機関や健診で糖尿病といわれたことがあっても、治療しない、あるいは中断した人が少なからずいます。治療中断によって血糖コントロールが悪化することが知られており、医療機関においては、治療の中断を防止するために、糖尿病と診断された時点から患者に対して、糖尿病の病態や合併症に関する知識を分かりやすく説明したり、食生活、運動など生活習慣の改善の重要性について指導し、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が求められています。
- 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) チームによる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。

## 糖尿病の医療機能の現況

【図表5-2-4-4】



出典：県保健福祉部調査（平成29（2017）年12月現在）

- ◎：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、膵性糖尿病、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5-2-4-5】糖尿病の専門治療、急性期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	○	○
	仙台循環器病センター	○	○
	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5-2-4-6】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

## 施策の方向

### 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。

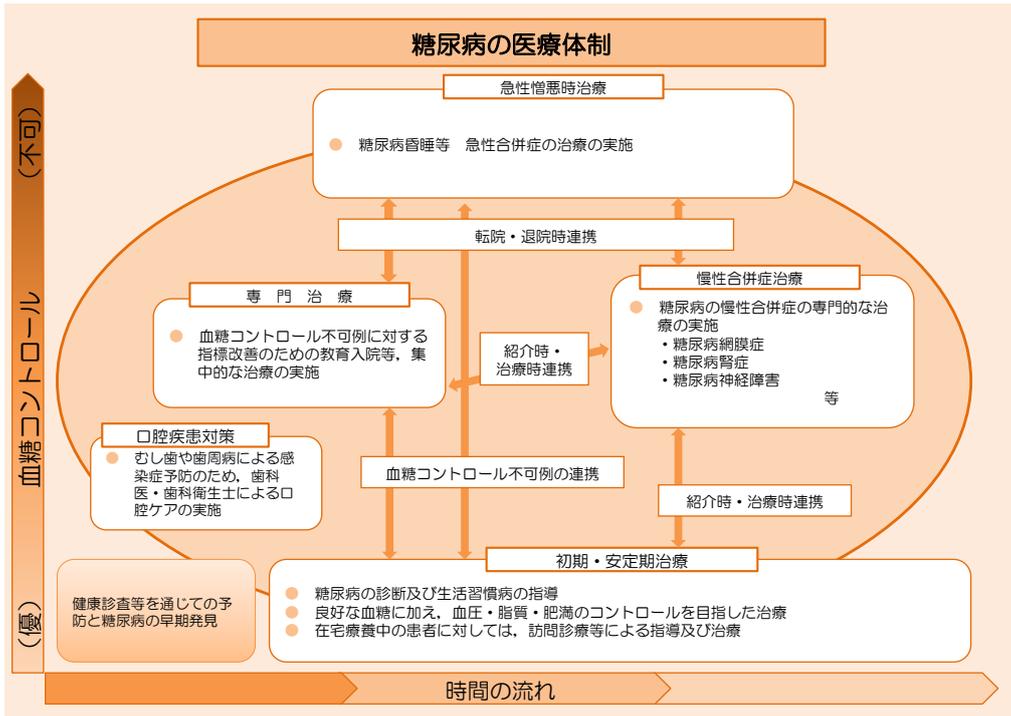
### 2 発症初期及び安定期における治療並びに重症化・合併症予防体制

- 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。
- 糖尿病専門医とかかりつけ医の連携を構築し、かかりつけ医による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5-2-4-7】



数値目標

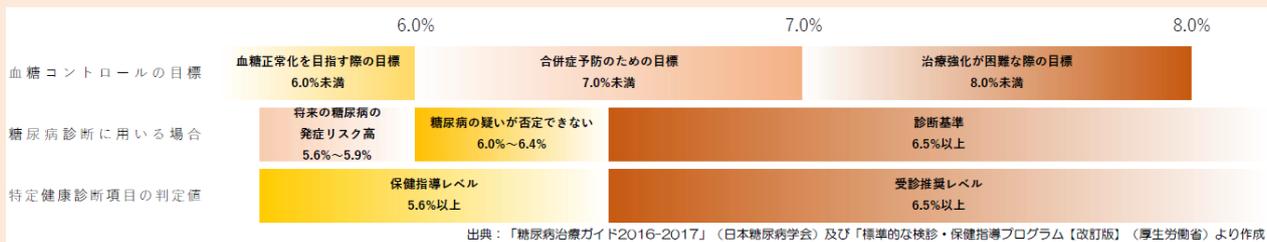
指標	現況	2023年度末	出典
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（特定保健指導の対象者の減少率）（平成20年度対比）	17.52%	25%	「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（平成27（2015）年度）（厚生労働省）、「平成20年住民基本台帳人口」（総務省）から算出
宮城県糖尿病療養指導士数	125人	600人	宮城県糖尿病療養指導士認定委員会
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	303人	280人以下	「わが国の慢性透析療法の実況」（平成27（2015）年）（日本透析医学会）

<HbA<sub>1c</sub>について>

HbA<sub>1c</sub>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。



## 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、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が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。<sup>\*1</sup> 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、気分（感情）障害（躁うつ病を含む）が最も多く、神経症性障害、統合失調症が次いで多くなっています。平成20（2008）年と比較すると神経症性障害とてんかんの患者数が増加しています。
- 性別・年齢階級別に県内の受療率をみると、年齢とともに増加傾向にありますが、男性では60～64歳、65～69歳の数値が高くなっています。
- 平成28年度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48.4%であり、全国の47.7%を上回っています。（46都道府県中12番目に高い<sup>\*2</sup>）

【図表5-2-5-1】

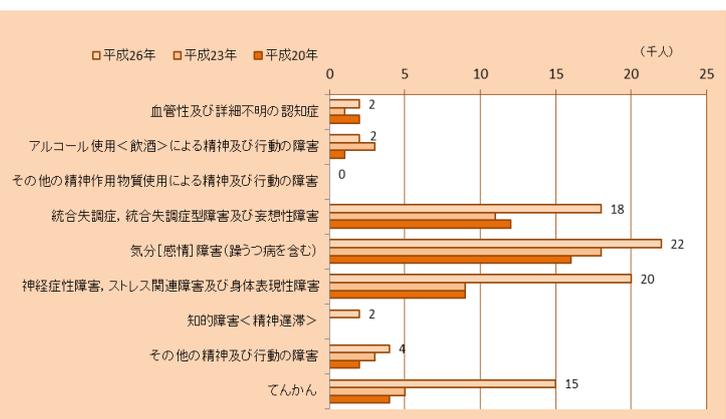
宮城県の精神疾患患者数の年次推移



出典：「平成28年度宮城県精神障害者入院施設状況調査」（県保健福祉部）

【図表5-2-5-2】

宮城県の疾患別患者数



出典：「患者調査（平成20、23、26年）」（厚生労働省）<sup>\*3</sup>

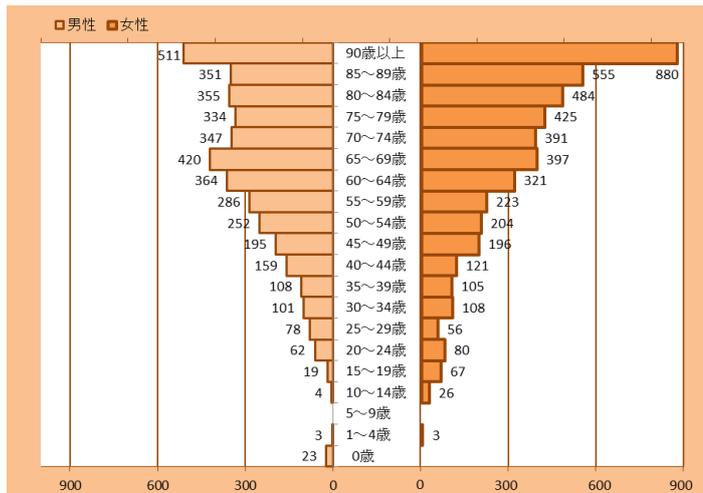
\*1 厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（研究代表者 川上憲人）（平成18（2006）年度）

\*2 平成28年国民生活基礎調査では熊本県は調査未実施。

\*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。

【図表5-2-5-3】宮城県の精神疾患患者の性別・年齢別

受療率（10万人対）



出典：「平成28年度宮城県患者調査」（県保健福祉部）

【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	東京	50.6
2	奈良	50.3
3	京都	50.2
4	滋賀	50.0
5	大阪	49.7
6	神奈川	49.5
7	岡山	49.2
8	広島	49.2
9	長野	49.1
10	兵庫	49.0
12	宮城	48.4
—	全国	47.7

出典：「平成28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平成27（2015）年度に実施した面接・訪問相談件数は延べ32,835件、普及啓発のための教室等の開催回数は367回、参加者数は延べ3,037人となっています。<sup>\*1</sup>
- 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6,151床、その他精神科を標榜する病院・診療所は95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22ヶ所となっています。人口10万人当たりの精神病床数は265.9で、全国平均263.3を上回っています。<sup>\*2</sup>

\*1 「平成27年地域保健・健康増進事業報告」「平成27年度衛生行政報告例」（厚生労働省）

\*2 「宮城県病院名簿」「宮城県診療所名簿」（県保健福祉部 平成29（2017）年10月1日現在）参照。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10万対病床数は、「平成28年医療施設調査」（厚生労働省）参照。

- 平成26（2014）年の退院患者の平均在院日数は272.3日で、全国平均295.1日より短くなっています。<sup>\*1</sup> 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61%、6ヶ月時点で80%、12ヶ月時点で88%であり、いずれも全国値を下回っています。<sup>\*2</sup>
- 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、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。精神科病院や精神科診療所、地域援助事業者、保健所、市町村などの関係者の人材育成や、情報共有を図るなどの連携体制の整備が必要となります。
- 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5期宮城県障害福祉計画、介護保険事業支援計画（第7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）	5	1	1	2	1	1	0	1	12
上記を除く心療内科を標榜する病院 （外来診療）	2	0	2	1	0	0	0	1	6
精神科を標榜する診療所	53	1	16	4	0	6	1	2	83
上記を除く心療内科を標榜する診療 所	9	1	1	0	0	5	0	0	16

\*「宮城県病院名簿」「宮城県診療所名簿」（県保健福祉部 平成29（2017）年10月1日現在）参照。ただし、精神病床を有する病院から仙台市内にある自衛隊病院は除いています。精神科や心療内科を標榜する病院・一般診療所については、一般住民が受診できる医療機関を掲載することとし、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、日曜日・祝日の日中は、精神科救急医療参加病院26病院のうち1日2病院、土曜日の日中は1日1病院が当番病院として、通年夜間（午後5時～午後10時）は、宮城県立精神医療センターが対応しています。また、土曜日の日中は、5ヶ所の診療所で外来対応を行っています。
- 精神科救急情報センターを設置（平日午後5時～午後10時、土・日・祝日午前9時～午後10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（平日午後5時～午後10時、土・日・祝日午前9時～午後10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受けられるよう24時間365日体制の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。）による措置入院については、措置診察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 「平成26年度患者調査」（厚生労働省）

\*2 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」

#### (4) 身体合併症治療について

- 身体疾患治療の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精神病床を有しない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、訪問看護ステーションによる訪問看護が行われています。
- 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。<sup>\*1</sup> 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。（平成29（2017）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。

\*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」

#### 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繋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。
- 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繋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っています。発達障害の診断や診療を行う医療機関が県内に少なく、相談が集中するために、初診までに時間を要しています。
- 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ために、専門医の確保と医師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家族教室を実施しています。
- アルコール等依存症に対応できる医療機関が身近に少ないことや、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。また、家族関係や社会的・経済的な影響も大きいので、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、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に指定し、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、早期に医療に繋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「摂食障害治療支援センター」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「てんかん診療拠点機関」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

- 県内の自死者数は、減少傾向にありますが、依然年間400人以上が亡くなっている状況にあります。また、15歳から39歳までの年齢階級別死因では、自死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予防情報センター（自死対策推進センター）を開設し、個別相談に応じるとともに関係機関との連携強化等を行っています。
- 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<sup>\*1</sup>」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。

#### (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、県内に12病院、4診療所、8訪問看護ステーションがあります。  
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、退院後に向けて、本人が自分の体調を把握し再燃せずに生活できるように、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。
- 平成28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10.7%となっており、全国9.7%より高く、また平成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。

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

また、精神科医療機関等による専門職チームの訪問支援（アウトリーチ）や、仙台市が保健所や精神保健福祉センターにおいて行う相談活動などへの支援を継続するとともに、それぞれの活動がより効果的に行われるように会議等を開催し情報共有を図っています。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。

- 被災者が災害公営住宅に転居するピークを迎え、平成31（2019）年までには県内全域において仮設住宅からの転居が予定されていますが、復興状況には格差が生じており、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、コミュニティが形成されないことによる孤立化に対する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。

## 精神疾患の医療機能の現況

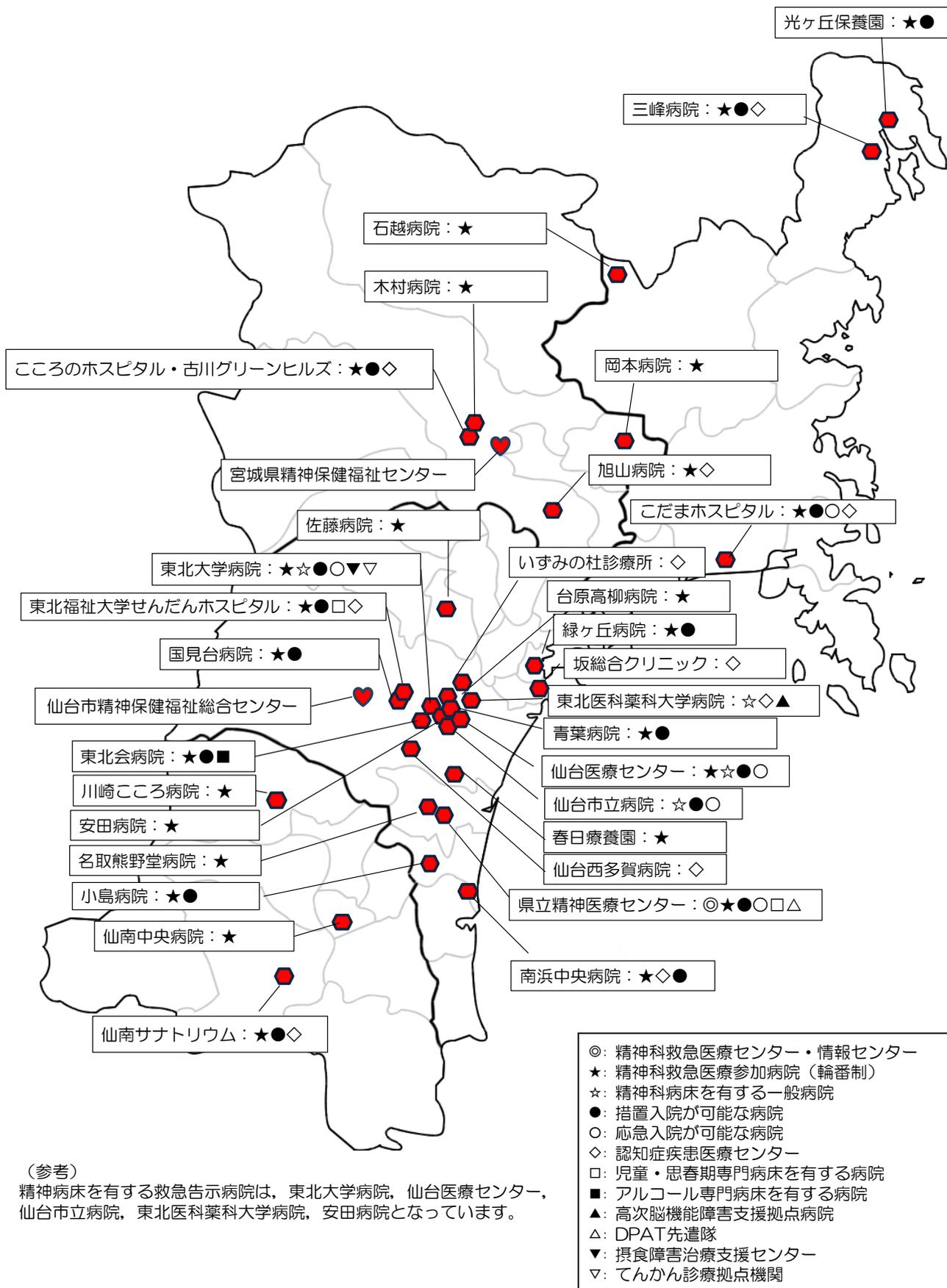
### 1 精神医療圏について

- 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（平成30（2018）年1月1日現在）



（参考）  
 精神科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。

## 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日の医療体制を整備します。
- 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。
- 入院治療に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、早期治療に繋がるように、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。

### (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繋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。
- 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、早期に医療に繋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繋がるように、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繋がる支援体制づくりを行います。

### (5) 発達障害

- 医療関係機関も参加している宮城県発達障害者支援地域検討会や宮城県発達障害者支援センター連絡協議会において、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。

### (6) 依存症

- アルコール健康障害等の依存症対策について県計画を策定し、早期に相談支援に繋がる体制づくりを推進します。
- 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繋がられるように医療従事者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<sup>\*1</sup>・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。

\*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

### (7) 高次脳機能障害

- 高次脳機能障害支援拠点機関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繋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

- 国の自殺総合対策大綱の内容を踏まえ、未遂者対策や若年者のメンタルヘルス対策などの課題を踏まえて宮城県自死対策計画を改定し、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

- 医療関係者を対象とする研修を実施し、DPAT 活動についての理解を深めるとともに、DPAT チームの登録を進めるなど、宮城 DPAT の派遣体制を整備します。
- 被災地域の体制について、心のケア対策会議などで検討を行うとともに、関連マニュアルの整備を進めます。

## 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、みやぎ心のケアセンターにおいて、引き続き市町村や保健所、精神保健福祉センター、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。
- 震災により精神症状を呈している方や、症状が悪化して日常生活に支障をきたしている精神疾患患者に対して精神科医療機関等の専門職チームによる訪問支援（アウトリーチ）を継続して行います。
- 震災後の新たな地域精神保健福祉活動については、市町村や保健所、精神保健福祉センターや関係団体等とともに、今後の活動の体制の在り方について検討していきます。

## 数値目標

指 標 (目標項目)	現 況	2020 年度末	2024 年度末	出 典
精神病床における急性期 (3ヶ月未満) 入院需要 (患者数)	1,159 人	1,177 人	1,176 人	
精神病床における回復期 (3ヶ月以上1年未満) 入院需要 (患者数)	843 人	884 人	909 人	
精神病床における慢性期 (1年以上) 入院需要 (患者数) *1	3,153 人	2,785 人	2,152 人	
精神病床における慢性期入院需要 (65 歳以上患者数) *1	1,913 人	1,886 人	1,563 人	
精神病床における慢性期入院需要 (65 歳未満患者数) *1	1,241 人	899 人	589 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)
精神病床における入院需要 (患者数)	5,155 人	4,846 人	4,237 人	※現況は、平成 26 (2014) 年度
地域移行に伴う基盤整備量 (利用者数) *1, 2	—	564 人	1,286 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	764 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	522 人	
精神病床における入院後3か月時の退院率*1	61%	69%	—	
精神病床における入院後6か月時点の退院率*1	80%	84%	—	
精神病床における入院後1年時点の退院率*1	88%	91%	—	
認知症サポート医養成研修修了者	95 人	176 人	—	県保健福祉部調査

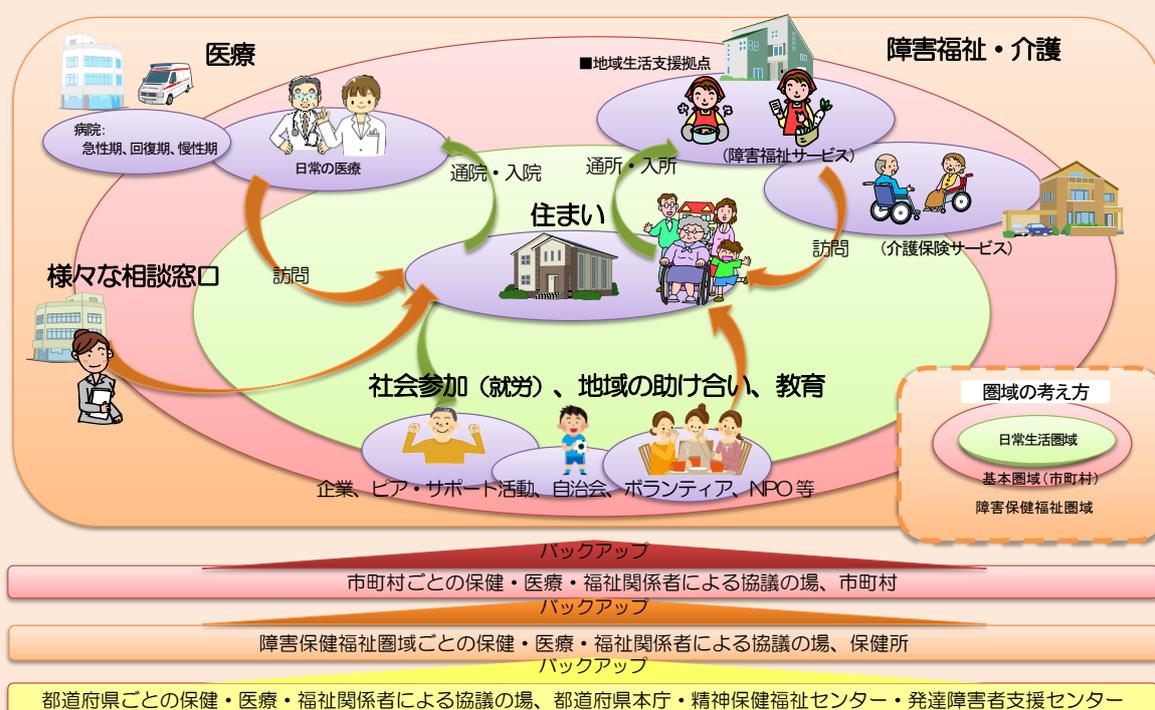
\*1 については第5期宮城県障害福祉計画, \*2については第7期介護保険事業 (支援) 計画との協調を図ることとしています。

## <精神疾患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。

精神疾患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