

## 令和7年度青森県脳卒中・心血管病対策協議会

日 時：令和7年10月21日（火）

18：00～19：25

場 所：ウェディングプラザアラスカ  
地階サファイアの間  
（オンライン併用）

（司会）

定刻になりましたので、ただ今から令和7年度青森県脳卒中・心血管病対策協議会を開会いたします。

私は本日の司会を務めます、がん・生活習慣病対策課、課長代理の小山田と申します。どうぞよろしくお願いたします。

開会にあたりまして、がん・生活習慣病対策課、山田課長より御挨拶を申し上げます。

（山田課長）

がん・生活習慣病対策課の山田と申します。よろしくお願いたします。

本日はお忙しいところ、令和7年度青森県脳卒中・心血管病対策協議会に御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

委員の皆様には、日頃から県の保健医療対策の推進に御理解と御協力をいただき、重ねてお礼申し上げます。

さて本協議会ですが、本県の脳卒中・心血管病対策を総合的に推進することを目的に、これまで別々に開催しておりました、青森県脳卒中对策協議会と青森県心血管疾患対策協議会、そして青森県循環器病対策推進協議会、この3つの協議会を統合し、今年度新たに設置いたしました。

旧3協議会の委員の皆様には、協議会の統合について御理解いただきましたこと、そして引き続き委員または参与に御就任いただきましたことを、深く感謝申し上げます。

新たに委員に御就任いただいた皆様を含め、協議会の委員の皆様には脳卒中・心血管病対策の推進に御協力いただきますよう、よろしくお願いたします。

本日の協議会は、第8次青森県保健医療計画の第2期青森県脳卒中・心血管病対策推進計画の進捗状況の確認を中心に、今後の取組の方向性等について協議を進めていただくこととしていきます。

合わせて、各医療機関の皆様には御協力いただきました調査の結果や、脳卒中・心臓病等総合支援センターの活動の報告なども、また予定としております。

限られた時間ではございますが、委員の皆様には忌憚のない御意見をいただきますよう

お願い申し上げます、開会の挨拶といたします。

本日はよろしくお願いいいたします。

(司会)

今回初めての会議でございますので、委員の皆様お一人お一人に委嘱状をお渡しするところでございますが、ハイブリッド開催とした関係で委嘱状または辞令は事前に送付させていただいております。

また、本協議会は参与の皆様にも御参加いただいております。委員及び参与の皆様の御紹介につきましては、会議時間の都合上、恐縮ではございますが割愛させていただきます。

お手元の名簿に名前を記載しておりますので、どうぞこちらを御参照くださるようお願いいたします。

それでは早速ではございますが、会長の選任を行います。

お手元の青森県循環器病対策推進協議会設置要綱を御覧ください。よろしいでしょうか。

こちら設置要綱第5第2項により、会長は委員の中から互選により選出するとなっておりますが、事務局といたしましては弘前大学大学院医学研究科循環器腎臓内科学講座の富田委員にお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

【拍手にて賛同】

それでは、会長は富田委員にお願いいたします。会長から一言御挨拶をお願いいたします。

(富田会長)

ただ今御指名預かりました、弘前大学循環器腎臓内科学講座の富田でございます。

この会は、脳卒中と心血管が一緒になって初めての会です。

総合医療の循環器専門医ということで、これまで脳卒中と心血管、両方の会議に携わってきた経緯があったということで、今回御指名いただいたと思っております。

青森県は脳卒中と心血管病をはじめとし、循環器病による死亡や疾患がまだまだ多い状況ですので、この会の協議会でデータをきちんと精査していただいて、皆様からご意見を頂戴し、今後の青森県における施策に役立てたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいいたします。

(司会)

ありがとうございました。どうぞよろしくお願いいいたします。

続きまして、会長の不在時等にその職務を代理いただく委員を決めさせていただきます。

設置要綱により、会長から御指名いただくこととなっておりますので、富田会長御指名をお願いいたします。

(富田会長)

それでは私の方から指名させていただきたいと思います。

弘前大学の救急・災害医学講座の花田教授にお願いしたいと思いますが、よろしかったでしょうか。

(司会)

花田委員、よろしいでしょうか。

(花田委員)

はい。富田先生の方から伺っております。よろしく申し上げます。

(司会)

はい、ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

続きまして、協議会運営方針について池田総括主幹から説明いたします。

(事務局)

がん・生活習慣病対策課の池田でございます。よろしくお願いいたします。

先ほど課長からの挨拶にもございましたとおり、昨年度まで3つの協議会として実施していたものを、今年度から1つということで、重複する分野もございまして一堂に会して議論をすることが、より深い議論ができるのではないかとということで、まとめたものでございます。

この新しい協議会として今年度から始まったわけでございますけれども、青森県の保健医療計画及び青森県の脳卒中・心血管病対策推進計画の進捗管理及びその推進というところで、進めて参りたいと思います。

皆様の、委員の皆様、参与の皆様の御知恵をお借りしながら、より良い計画進捗に向けた進め方ができればと考えてございますので、御協力よろしくお願いいたします。

(司会)

それでは議事に移りたいと思います。

設置要綱第6条第2項の規定により、ここからの進行は富田会長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

(富田会長)

それでは、次第に基づきまして協議会を進めさせていただきたいと思います。

協議事項の(1)になりますけれども、「第8次青森県保健医療計画(脳卒中对策、心筋梗塞等の心血管疾患対策)及び第2期青森県脳卒中・心血管病対策推進計画の進捗」につき

まして、事務局の方からよろしく願いいたします。

(事務局)

がん・生活習慣病対策課の北田と申します。

今年度から脳卒中・心血管病対策の担当となりました、どうぞよろしく願いいたします。

さて、ただ今から進捗を説明します、第8次青森県保健医療計画、第2期青森県脳卒中・心血管病対策推進計画は、計画期間が令和6年度から令和11年度までの6年間であり、本年度は計画2年目になっております。

本日は、脳卒中、心筋梗塞等の心血管対策、それぞれの分野のロジックモデル指標の更新データや、令和6年度の進捗状況を御報告し、県の今後の方向性、今後の取組の方向性について、委員の皆様から御意見をいただきたいと考えております。

なお、本日お示ししました資料については、12月に開催予定の第1回の青森県医療審議会の資料となりますことも、付け加えさせていただきます。

それでは、脳卒中対策から説明をさせていただきます。

お手元に資料1-1、資料1-2を御準備ください。

今期の医療計画から活用している、ロジックモデルの一覧になります。このロジックモデルでは最終的に目指す目標の実現に向けて、一番左、アウトプット、我々の施策が中心になりますが、Aとして、引き続き初期アウトカム(B)、そして分野アウトカム(C)と、その道筋を体系的に推進するものとなっております。

まずアウトプット(施策)のAについてです。

こちらの分野は、それぞれのカテゴリーがあるわけですが、13の指標を定めています。このうち、10の指標の更新があったところです。

この指標の色については、下に、「改善・変化なし(目標達成)」がブルー、「改善したんだけど目標達成未達成」が緑色、グリーン。「目標未達成であり、かつ悪化・変化なし」というところが黄色、「データの更新がない等で評価困難」が白、色が付いてない。そういった状況になっています。

今回、10の指標の更新がありましたが、この説明概要にも書いてありますように、肥満や飲酒習慣が悪化する一方、高血圧症、脂質異常症、糖尿病有病者の服薬状況や、特定健診受診率・特定保健指導実施率は改善傾向にあり、生活習慣の改善に一定の進展がみられています。

続きまして、初期アウトカム(B)についてです。

これらは、「脳卒中患者の減少」、「発症後早期に専門的な治療・リハビリテーションを受けることができる体制」、「日常生活への復帰、生活機能維持・向上のためのリハビリテーションを受けることができる体制」の3つのカテゴリーで、5つの指標を定めています。

今回は全指標の更新がありました。受療率(患者調査)になりますが、これは前回調査時よりも入院は減少、外来も変化がなく、かつ急性期医療の部分では読み方がちょっと間違っ

ていたらすみません。t-PAや血栓回収療法の件数の全国平均比率が改善しています。リハビリ提供実施件数の全国平均比率も改善してきています。

そして分野アウトカム（C）ということで、「脳卒中による死亡者の減少」、「日常生活における脳血管疾患患者の質の高い生活」の2つのカテゴリーに、5つの指標を定めたところですが、今回は2つの指標の更新がありました。

アウトプット施策A、そして初期アウトカムBと、比較的改善傾向にあったものになりますが、今回更新した健康寿命ですけれども、女性が悪化をしまして、ここはちょっと課題が残る結果となりました。

在宅復帰率であったり、年齢調整死亡率は最新値が未更新でありますので、今後の動向に注目していきたいと思っています。

引き続き資料1-2を御覧ください。

こちらは、ただ今御説明をしましたロジックモデルの評価指標を一覧にしたものになります。資料左手にロジックモデルの指標が記載をされていて、A、B、Cのそれぞれ指標がページをお捲りいただくとそれぞれ4ページまで書いてあるんですが。

このうち、アウトプット（施策）Aについては、資料向かって右側に令和6年度の主な取組及び成果、課題として今後の取組の方向性、7年度以降の取組について記載をしています。

高脂血症、脂質異常症、糖尿病有病者の服薬状況や、特定健診の受診率、特定保健指導の実施率は改善傾向であるものの、先ほどの1-1では御説明をしなかったんですが、私ども県の方で実施をする県民向けの普及啓発に関して、一部分野では目標を達成していない状況でした。

合わせて、肥満や飲酒習慣が悪化していることから、様々な機会を捉えつつ、計画的な普及啓発が必要だと考えているところです。

また、富田会長の御協力もいただきまして、「高血圧症ゼロのまち」モデルタウン事業の承認など、今年度新たに取組を進めているところです。

今回データ更新のなかった、急性期や回復期以降の体制整備、指標でいいますとA11~13、このあたりのデータの更新がされ次第、ここに関連する初期アウトカムBのデータも含めて、改めて検討をしていきたいと考えています。

続きまして、心血管疾患対策について御説明をいたします。資料2-1、2-2をお手元に御準備ください。

脳卒中対策と同じような資料の作りになっております。

まずアウトプット（施策）Aについてです。

5つのカテゴリーに12の指標を定めているところです。今年度は9つの指標に更新がありました。

なお、御覧いただいておりますように、今回の12の指標のうち、8つの指標が脳卒中対策と同一の指標になっております。

ですので、概要としましては先ほどの脳卒中と一緒になんですけれども、肥満や飲酒習慣が

悪化する一方で、高血圧症、脂質異常症、糖尿病有病者の服薬状況や、特定健診受診率、特定保健指導実施率は改善傾向にあり、生活習慣の改善に一定の進展がみられるというふうにしております。

続いて、初期アウトカム（B）についてです。

こちらは3つのカテゴリーに7つの指標を定めていますが、今年度は全てデータが更新されています。

ちょっときちんと説明できるか、私もちょっと不安なんです。

まず虚血性心疾患の患者数は、入院・外来ともに全国平均比率を下回っております。

急性期医療では、PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、90分以内の冠動脈再開達成率は、全国水準を維持し、大動脈疾患の手術数も増加をしていますが、B3、指標のB3「急性心筋梗発症後の来院時間」や、B6の「リハビリ件数の全国平均比率」は目標を達成していない状況です。黄色になっております。

ですが、策定時と現状値のデータを、実際データを見ていただくとお分かりいただけるかと思いますが、大きく悪化したものではないというふうに捉えているところです。

続いて、分野アウトカム（C）については、「心血管疾患による死亡者の減少」、「日常生活における心血管疾患患者の質の高い生活」、この2つのカテゴリーに12の指標を定めて、うち2つの指標の更新がありました。

こちら脳卒中の分野アウトカムと同じ、健康寿命の指標が今回更新されたところですが、こちら脳卒中と同一で、アウトプット（A）と初期アウトカムで改善が見られたものの、健康寿命では女性が悪化し、課題が残る結果となりました。

在宅復帰率や年齢調整死亡率は最新値が未更新であるため、今後の動向に注目していきたいと思っています。

心血管疾患対策のロジックモデルについては以上になりまして、資料2-2を御覧ください。

こちらが心血管疾患対策の進捗調査票になりますけれども、先ほども申し上げましたが、アウトプット（施策）（A）については、脳卒中对策と指標も多く、だいたい取組、課題、方向性同様の記載となっております。

生活習慣病のいわゆる2次予防の部分では進んだのかなと思うのですが、県の普及啓発であったり、県民の方の生活習慣の改善というところにはなかなか繋がっておりませんでしたので、「高血圧症ゼロのまち」モデルタウン事業の承認など、様々な機会を捉えつつ、計画的な普及啓発を県としても進めて参りたいと思っています。

なお、この心血管のA9ですけれども、「心肺機能停止傷病者全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数」こちらについては、医療計画の救急医療対策にも定められている指標でありまして、双方で取組が進んでいるものになっています。

また、「急性期、回復期以降の体制整備」については、こちらの方も、心血管の方も脳卒中同様データの更新がありませんでしたので、更新され次第初期アウトカムのデータも含

めて、取組等について改めて検討を進めて参りたいと考えております。

私からの説明は以上です。

(富田会長)

はい、ありがとうございました。

これまで、脳卒中と心血管の協議会で別々に議論されていた内容を、まとめてお聞きいただいたということになります。

このロジックモデルはなかなかわかりにくいところもあるかと思いますが、分野アウトカムが一番の目的で、それを達成するためには初期アウトカムのBが必要で、それを達成するためにはAのアウトプットが必要だという見方になるかと思えます。

今回は、年齢調整死亡等は、国勢調査で5年に1回やるということですので、なかなか更新することができないということになっております。

脳卒中、心血管と2つまとめて御説明いただきましたけれども、委員の皆様、現地の御参集の委員の皆様、あるいはオンラインで御参加の委員の皆様から御意見、コメントありましたらよろしく願いいたします。

(事務局)

斉藤先生。

(富田会長)

斉藤先生。

(斉藤委員)

はい、よろしいですか。

(富田会長)

はい、どうぞ聞こえています。

(斉藤委員)

聞こえますか。

(富田会長)

はい、聞こえています。

(斉藤委員)

ちょっと質問したいんですが。脳血管疾患の方で、脳血管疾患受診率の数で増悪と判断さ

れているところがあるんですが、これ本当に増悪って判断して良いんですかね、これは。人口減少の影響がないのかとか。

(富田会長)

Bのところですか、Bの1のところですね。

(斉藤委員)

はい。

(富田会長)

はい、これをどういうふうに判断するか。

(斉藤委員)

そうです。これを増悪って判断している根拠はあるのかなと思って。人口減少の影響とか、受診率

(富田会長)

事務局の方から、まずどういう算出をしているのかということ、教えていただけますでしょうか。

(事務局)

はい。先生御質問ありがとうございます。

資料1-2の3ページを御覧いただきたいと思います。

ロジックモデルの大きい資料の方では、出典の詳細は記載していなかったのですが、資料の1-2、3ページの上の方にB1、B2で「脳卒中患者の減少」という指標の欄がございます。

現状値の出典というところを見ていただきますと、患者調査が出典になっておりまして、今年度、令和5年度の患者調査のデータが国から公表になりましたので、それを今回現状値として引用しているものになります。

国の患者調査のデータが今回の出典ということになっております。

先生以上です。

(斉藤委員)

これは、患者さんが減ったっていうふうに、単純に考えていい数字なんですか、これ。

(事務局)

患者さんが減ったというふうに判断できると、数字上は。私どもは判断しております。

(斉藤委員)

啓発が進んで受診者が上がっているという要素は特にはないですね。

(事務局)

そこはロジックモデルからいくと、そうなるところではあるんですが、今回の患者調査が令和5年のものになっておりましたので、第7期の医療計画での取組がここに反映されているもの、普及啓発以外のものも含めて反映されているのではないかと考えております。

(斉藤委員)

単純に増悪とは判断できないわけですね。

(事務局)

今回は令和2年が106、人口10万対入院は106でしたので、今回、令和5年の患者調査では人口10万対の受療率、入院が93になっておりましたので、改善しているというふうには私どもは判断しております。

(斉藤委員)

入院はですね。外来はどうなんですか。

(事務局)

外来については、これ令和2年と令和5年のデータが63で同じでしたので、変化なしということにしておりますが。

(斉藤委員)

それでは、黄色なんですね。それで黄色くなっているわけですね。

(事務局)

はい。

(斉藤委員)

分かりました。

あとですね、t-PAと血栓回収療法の実施件数で見ているんですけど、これ多ければ良いっていう判断されているんですけど、これ。

(事務局)

血栓回収療法、指標のB3の部分になるお話でしょうか。

(斉藤委員)

そうです。多ければ良いというふうな判断になってしまうんじゃないかと思うんですけど、実施件数。

(事務局)

こちらは目標値を100としておりますが、出典がSCRから引用しております。

SCRは100が全国平均となっておりますので、全国平均に毎年近づいているかどうかというところを評価するものになっております。

(斉藤委員)

この部会というのは、実施件数で見ていいのかということですね。患者が増えた減ったっていうのも影響するし、実施できる医者が増えた減ったも影響するし。実施可能施設が増えた減ったも影響しますので。

青森県の場合だとどういうふうになっているんですか。

(事務局)

ここはアウトプット(施策)(A)のところ、今回データ更新がありませんでしたA11、12、このあたりとも関連してくる指標になるかと思いますが、このあたりのデータ更新がありませんので、なんともこの関係性というのは私どもとしても分析が難しいというふうに考えております。

(斉藤委員)

分析が難しいというのが結果なんですね。

(事務局)

はい、現状は。

(斉藤委員)

わかりました。

(事務局)

はい、ありがとうございます。

(齊藤委員)

あとこの「脳卒中急性期医療に対応できる体制整備」っていうのは、評価困難となっているんですけども。なんで評価困難なんでしたっけ、これ。

(事務局)

先生おっしゃっているのが、資料1で色がついていないので評価困難というところであったり、資料1-2の4ページのことでしょうか。

(齊藤委員)

A-1とA-1、2ですけど。

(事務局)

2ページの評価困難というのは、実はこのデータは全国で一律にデータが出されているRHプラネットというところが算出しているデータを活用、計画策定のときに活用しております。

そのデータ更新が計画策定時から更新されていない現状がありまして、データ更新がされていないので評価困難というふうに今回記載をさせていただきました。

(齊藤委員)

今年の結果はどうで、来年はどうしましょうっていうのを、指針を立てられないってことですね、ここを見ると。

(事務局)

はい。おそらく中間評価の時点ではRHプラネットでも出していただけるのではないかとこのふうに、私ども予想しております。

現状、全国値との比較というものを目標値にしておりますので、やはり全国のデータが出た段階での評価になっていくと考えております。

(齊藤委員)

今年1年間、この急性期脳梗塞の体制整備というのは、どうしようって考えているんですか、これ。計画立てれないですよ、これだと。

(富田会長)

RHプラネットの方からデータが出ていけませんので、このアウトプットのところに関してはやっぱりなかなか難しい、ということになるかと思えます。

取組としてはこの資料2-2の、1-2です、1-2の方に詳細、記載が書かれていますと

ころが、昨年までの取組を継続して2年、もしくは3年越しのアウトカム評価になるかと思  
います。

やはりデータが出てこないとなかなか振り返ることもできないという状況なのではない  
かなと私自身は思います。

(斉藤委員)

どっちにしろ、一次予防に関しては、指標、指針というのが分かりやすいんですが。この  
急性期治療を担っている我々とする、何を指標にどういうふうに頑張っていくかという  
の。これだけの指標だと、分からない、足りないのかなって感じすごいですよ  
ね。

もっとリアルタイムで出るような指標を新たに作るとか、何かないんですかね、これ。

いつもこの計画出されて、「どうでした」という話をずっと聞いているんですけども。  
じゃ、その意味で

(富田会長)

本来であれば、厚労省や学会からアウトカム、アウトプットに関して同じような指標が出  
れば、統一感を持って整備できると思います。学会や厚労省でもそういう要望を  
されているということ聞いています。私個人の意見ですが、やはり個々の県の取組には限  
界があるのではないかなとも思います。

データがないので、そこところはこのロジックモデルではなかなか難しくて。

あとは、後ほど出てくると思いますが、各毎年の取組にもあります、脳卒中の医療。そう  
いう取組からもやはり御判断いただくしかないのではないかと思います。

その他、脳卒中に限らず、心臓の方はいかがでしょうか。

「高血圧ゼロのまち」は高血圧学会の取組みなのですけれども。

8月の末に、5年ぶりに血圧のガイドラインが新しくなったということもありますので、  
血圧をきちんと測ってもらうという取組みがあります。

これは全国的にコロナの前から行っているのですが、青森県が全国で初めて県として名  
乗りを上げました。学会の方でも非常に注目しておりまして、血圧をきちんと測って、まず  
自分の血圧を認識してもらい必要であれば治療へと繋げていくという取組みです。

血圧に関しては、測ってない方が結構いらっしゃるの、そういったことからまずスター  
トしようという非常に注目されている取組みです。

SNS等、まさに今のAIも使って、疾患啓発にも繋げているということです。

まだ今年始めたばかりですので、これが成果になるのは、来年以降になってくると考えて  
いるところです。

オンラインの先生方、御意見よろしいでしょうか。

また何かありましたら、途中でも構いませんので御質問いただければと思います。

続きまして、報告事項・情報提供に移ります。

「第7次青森県保健医療計画の進捗について」、こちらも事務局からよろしくお願いたします。

(事務局)

はい、北田から説明をさせていただきます。

資料3、資料4をお手元に御準備ください。

先ほど御説明申し上げたのは、第8次の保健医療計画。こちらは1つ前の令和5年度をもって計画期間を終了しました、第7次の保健医療計画の進捗状況評価表になっております。

資料3が脳卒中対策、資料4が心血管疾患対策となっております。

計画期間はすでに終了しておりますが、医療審議会からの求めを受け、指標によっては毎年データ更新がされないもの、5年に1回であったり、確定値が出るまでに時間がかかるものもあるため、モニタリングを続けることとしておりまして、現状値と進捗状況の修正を毎年行っており、今年度、内容更新した指標は赤字で修正しているところになります。

なおですが、お知らせになりますけれども、脳卒中、心血管ともに②の目標項目を御覧いただきたいんですが、「高血圧症有病者のうち、服薬していない者の割合」について、同じ指標が載っているんですが、御覧いただくと策定時からちょっと数字が違っていることがお分かりいただけるかと思えます。

これはそれぞれの算出方法で当時、計画策定時計算をしていたということであり、今回更新したそれぞれの現状値につきましても、当時のそれぞれの方法で算出してデータを修正しておりますので、こちらの方をお知らせをしたいと思えます。

その他のデータにつきましては、参考までに御覧をいただきたいと思っております。

私からの説明は以上です。

(富田会長)

はい、ありがとうございました。

資料3と資料4ですね。資料3が脳卒中、資料4が心血管疾患になってございます。

フロアあるいはオンラインの御参加の委員の皆様方から御質問はございますでしょうか。

これが今年で終わりになるのですか。

(事務局)

何ともいえません。中間評価まで続くのかもしれないですし、そこは医療審議会での検討結果次第になるのではないかと考えております。

(富田会長)

策定時よりも改善している項目ももちろんありますけれども、コロナも挟んでおり、

これは長期的に10年ぐらいのスパンになるかなと思いますが。

例えば特定健診の受診率等は改善しているかとも思います。脳卒中のリハビリテーション実施件数が減っているのは、患者さんが減ったからなのか、これはわかりません。「悪化」と書いておりますけど、患者さんが減ってきているからリハビリテーションが少なくなっているのか、あるいは実施施設が減ったから実際にできないのかもしれない。

さきほど斉藤先生からもありましたけど、細かいところまではなかなか推測でしかないもので、そのあたりはこの調査の限界もあるのかなと感じているところでございます。

いかがでしょう。御質問、何かございませんでしょうか。

(櫛引委員)

この心筋梗塞等の資料4の方なんですけど。「発症後、速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制」というところの割合はどんどん下がってきているんですけど。

10番が、策定時がどんどん下がって、今年は現状値は58%になってますけど。

これは要件が二つここに入っていると思うんですけど。発症から12時間以内に来院しているってところ。来院から90分以内にバルーンカテーテルによる治療が行われた件数ということになると思います。

これ、どちらが達成されてないのかとか、単純にそのバルーンで来院してから90分以内の治療率とかが出ると思うんですけど。これ2つ要因を入れてしますと、なかなか厳しいのかなと思うんですけど。

ただ、最初の70%もちょっと怪しいデータかなと思うんですけど。下がってきている要因というのは、どっちが引っ張っているんですか。やっぱり受診するまでの時間なのか、90分以内にバルーンまで行っていないのか、そこは何か分かりますか。

(富田会長)

これについて事務局、分かりますでしょうか。

(事務局)

はい、事務局からお答えいたします。

こちらにつきましては各医療機関の方から回答いただいた数字をそのまま用いているものになります。

質問の内容として、今、先生がおっしゃられた12時間以内かつ90分以内というものができた場合に、マルを付してほしいということで回答を求めた結果として、この数字になっているものでございまして。

12時間以内のラインが叶わなかったのかどうか。または90分以内のバルーンカテーテルが叶わなかったのかどうかということまで、分かるものではございませんので、ちょっと判断しかねるというのが回答になります。

(櫛引委員)

分かりました。ちょっとただですね、12 時間以内に来院するっていうところが、患者さんとかの救命というところに繋がってくると思うんですけど。

結局来院してから 90 分以内の治療となると、医療体制の方の問題かなと思うので、何かその 2 つを一緒にしてしまうと、ちょっと何を見ていいのかが分からなくなっちゃうんじゃないかなと思ったので、ちょっと発言させていただきました。ありがとうございます。

(富田会長)

もしデータをとるとしたら、入院をお願いするところでもう少し、そこをどちらなのか記載する必要があるんですけど。そこまでやった方がいいですかね。

(櫛引委員)

これ出しているっていうことは、どっちも出しているということですよ。

(富田会長)

そうですね、これは。

(櫛引委員)

なのだ、両方を満たした方にマルを付けているということは、要するにどっちの要件も調べて、両方満たしたものに関しては、マルというデータを出しているので、バラバラの集計はできるんじゃないかと思うんですけど。

(富田会長)

そうすれば多分記載の仕方や質問の仕方を変更し、マルのチェックのところを分ければできるかもしれないですね。

(櫛引委員)

はい、そうだと思います。

(富田会長)

これは可能でしょうか。

(事務局)

ちょっと持ち帰り、検討させてもらってよろしいでしょうか。

(櫛引委員)

はい、よろしくお願ひします。

(富田会長)

はい、ありがとうございます。

こちらは、たしか前にも先生から質問いただいたような気がしますが。

その他いかがでしょうか、よろしいでしょうか。

(河原井委員)

八戸市立市民病院心臓血管外科の河原井ですけど。

(富田会長)

マイクを。

(河原井委員)

資料の2-1で、初期アウトカムのBの5のところ質問したいんですけど。

人口10万人あたりの大動脈疾患に対する手術件数で、この策定時と現状は倍くらい数が増えているんですけど。

これはどういった理由で、患者様が増えていっぱい手術するようになったのかということも、手術する病院が増えて対応できるようになったのかという。

具体的な内容っていうか、教えていただきたいんですけど。

(事務局)

はい、御質問ありがとうございます。資料の2-2を御覧いただきたいのですが、今、先生から御質問のあったところは、資料2-2の4ページの部分になるかと、Bの4、5というところになるかと思ひます。

出典を御覧いただきますと、こちら厚生労働省がまとめているNDBオープンデータ、そのもの私どもも見る事ができるNDBオープンデータをさらに厚生労働省がこのロジックモデル用にデータを加工をしまして、全国値、あと各都道府県値、あとは二次医療圏、ものによっては二次医療圏の値まで出るものになっているんですけど、そこを出典として今回引用しているものになります。

ですので、今回2つ令和4年と令和5年のNDBデータですので、診療報酬の部分から引用しているデータになりますが、どうしてデータがこのように変化があったのかということまでは、私どももなかなか分析が難しいということになるのが、正直なところでございます。

これロジックモデルが全てAのアウトプット(施策)の部分も、また更新をされていくと、

そういった関連性なども分析できるかもしれないなと思っているところではあるのですが、ここに関しては、ちょっと現状ではその分析まではできていないということになります。御了承ください。

(富田会長)

はい、ありがとうございます。これはナショナルデータベースですから、手術の件数とかは多分合っていると思います。

大動脈疾患やTAVIとか入ってないですかね。もしかしてTAVIとか入っているとちょうど2倍、弁ですけどちょうど2倍くらいになるのかなと思ったのですが。

おそらく外科、開胸手術だけでは倍になったというのはちょっとなかなか考えづらいかなどとも思います。

大動脈疾患ですからステントも入っていますよね、あるいはステントグラフトとかそういう器具とかも多分全部込みだと思います。この令和2年から令和5、6年倍になったという、この件数からするとおそらくTAVIが入っているのではないかなと思います。大学病院の対策に対するカテーテル治療の関係かと、推測するとだいたい合うと思います。

貴重なコメントありがとうございます。

その他いかがでしょうか、よろしいでしょうか。

では、今回、2つの協議会が一緒になっているので、質問が出るのは承知の上ですので、どんどん御質問いただければと思います。

では、次に進みたいと思います。脳卒中医療状況調査と心血管疾患対策にかかる保健計画、数値目標の現状把握調査令和6年の実績について、事務局から御説明お願いいたします。

(事務局)

はい、事務局池田から御説明いたします。

資料は5と6を御覧ください。

まず資料5の方から参ります。青森県脳卒中医療状況調査結果【令和6年分】ということで、まとめさせていただいたものです。

これは、調査項目といたしましては、昨年度と全く同じで進めさせていただきました。

調査対象が県内消防の11か所と、医療機関11か所というところで、調査期間が6年中、1月1日から12月31までの分を集計したのになります。

1ページをお捲りください。調査結果でございます。

まず救急搬送の部分でございます。救急搬送の件数といたしましては、5年から6年度にかけて伸びてございます、増えてございます。

細かい数字として、圏域別であったり、疾患別であったりというデータも掲載してございますので、後ほど御覧ください。

3ページを御覧いただきたいんですけど、これ今年度から新たに追加した資料になりま

す。救急搬送の状況を模式的にわかるように、地図上にプロットしてみました。

円の大きさが人数ということになりますので、視覚的にもわかりやすいのではないかと思います。

圏域を超えて救急搬送された件数というのがどの程度あって、どちらに向かったのかというのが、一目でわかるような資料になっておりまして、急性期の医療がどのように展開されて、青森県で賄われたのかというのがわかる1つの資料になるかと考えてございます。

続きまして、4ページの方を御覧ください。4ページのこの転院の件数で、転院搬送の件数でございまして、こちらは令和5年度から減少してございます。

こちら圏域別、もしくは疾患別にまとめた数字もございまして、後ほど御覧いただければと思います。

5ページの方御覧ください。5ページにつきましても、救急搬送と同様に地図上にプロットしてみました。転院搬送がどのように行われているのか、圏域を越えて行われる転院搬送がどの程度あるのかというのが一目でわかるような資料になってございます。

こちら新たに追加した資料ということで、今後も継続していきたいというふうに考えてございます。

6ページは参考ですので、割愛させていただきます。

7ページ、急性期脳卒中患者の件数でございまして、入院治療件数につきましては、R5年度から6年度にかけて増えてございます。

その内訳が表の6になってございまして、疾病別の数字ということでまとめさせていただきました。

続いて、8ページの方は高血圧の既往があるかないかで分けたものになります。既往ありとされたものにつきましては、だいたい5年度、6年度で比べると横並びといいますか、若干増えているというような状況でございます。

9ページ、(5)の脳梗塞発症時の心房細動の合併の状況ということでまとめさせていただきましたものになります。こちら、心房細動あったものが令和5年度から6年度にかけて若干減ってございます。計としても少し減っているという状況になります。

10ページの方御覧ください。10ページの方は、脳卒中患者の急性期医療退院時のmRSの状況でございまして、だいぶ細かくまとめさせていただきました。数字この場で全てを紹介することはできませんので、後ほど御確認いただければというふうに思います。

mRSにつきましては、図の11の方、これから供給の方では急性期から回復期移行時。それから11ページの方の図12及び表10につきましては、急性期から維持移行期の数値となっておりますので、御確認いただければと思います。

そして12ページ、図13ではmRS6、急性期病院退院時の死亡患者数ということで、こちらの方は令和6年度減少してございます。

13ページの方御覧ください。13ページは脳卒中患者の急性期から回復期を経由して維持期に移行した時点での転帰状況ということで、自宅、転院、死亡、不明ということで分けて、

記載させていただいております。

こちらの方も表 11 の方で、年度の経過がわかるようにまとめさせていただきました。計で見ますと、若干減っているというような状況になります。

以上が資料 5 についての説明になります。

続いて、資料 6 「令和 6 年青森県保健医療計画（心筋梗塞等の心血管疾患対策）における数値目標の現状値と把握調査結果」ということで、まとめさせていただいた資料の説明になります。

こちらの方も調査項目といたしましては、昨年と全く同様の項目で調査させていただきました。

調査対象期間は、ちょっと直すの忘れてましたけど、令和 6 年の 1 月から 12 月中でございます。

調査を依頼させていただいた医療機関につきましては、計 8 医療機関になりまして、御覧のとおりでございます。

1 ページお捲りください。まず 1 ページでございます。

まず急性心筋梗塞（ST 上昇型心筋梗塞）でございますけれども、調査結果の概要といたしまして、まず P C I の実施患者数は、令和 5 年度と比べて 86 人減少してございます。

年代別の数値及び年代、性別別の表グラフも御用意してございますので、後ほど御覧いただければと思います。

2 ページ目がその元となった、各医療機関、名前は伏せてございますけれども、医療機関それぞれの性別、年代別のグラフになってございます。これを足し上げると、1 ページ目の数字になるというものになってございます。

3 ページ目の方御覧ください。3 ページ目も引き続き急性心筋梗塞でございますけれども、これが先ほどロジックモデルの方にも登場いたしました、青森県保健医療計画における目標項目となっております。初期アウトカム（B）のところですね。心筋梗塞等のというところが、中央値を今見ているところなんですけど、これが短縮されていくのが目標値に対して、ほぼ横並びというような状況です。R 4 が 166 分、R 5 が 166 分、そして今年 R 6 が 167 分とずっと横ばいの状況でございます。

ちなみに第 7 次の保健医療計画の数値目標である、目標の医療機関は患者に到着後速やかに専門的治療を行うという部分も見ておりますけど、これが昨年度と比べると大きく伸びておりまして。参考値でございますけど、72.3%ということになってございます。

グラフの方は、発症から来院までの時間を年代別にかつ時間別で分けたものになってございます。

4 ページ目につきましても、急性心筋梗塞でございますけど、これが病院ごとのグラフになってございますので、後ほど御確認ください。

5 ページ目からは、急性大動脈解離ということでございます。患者数といたしましては、前年と同数という形でございます。

スタンフォードA・B型の推移とA・B型の内訳をグラフにしたものをまとめてごさいます。

6 ページ目の方は、スタンフォードA・Bに分けたうえで、外科的治療、非外科的治療の数値をまとめてごさいます。さらに下のグラフでは、転帰の内訳ということでまとめさせていただきます。

7 ページ目も急性大動脈解離続いて参りますけれども、その外科的治療及び非外科的治療、転送の患者数の推移ということで、A型につきましては若干減って、B型につきましては若干増えているという状況ではごさいます、大きく昨年度から変動があったというものではないのかなというふうに見てごさいます。

それをさらに細かく、A・B、それから外科的、非外科的に分けたものを年度別に棒グラフにしたものが下の図になります。

8 ページ目の方からは、心不全でごさいます。心不全による入院患者数につきましては、5年から6年にかけて62人増という数字が出てごさいます。

その推移につきましては、下の方に年ごとにまとめてごさいますので、これも後ほど御覧ください。

さらに9ページ、10 ページにつきましては、医療機関別の患者内訳ということでまとめさせていただきます。

虚血性、非虚血性、その他不明ということ、さらにそれを年別に分けてまとめてごさいましたので、こちらも後ほど御確認いただければと思います。

皆様にちょっとお願いしたいところでごさいます。この調査、大変お手数かかること重々承知しているところでごさいますが、来年も引き続き実施して参りたいと思いますので、御協力の方よろしくお願ひしたいというのが1点と。

あと、この資料も含めまして、そろそろ県といたしましても、デジタルデータで皆さんに御提供したいなというふうにごさいます。

ただ生データ計算式とかも入ってしまっているの、なかなか Excel をそのままお渡しすることはできないので、PDF データにて来年度以降お配りすることとしまして、必要な方は申し出いただければ紙ベースでの御配付をさせていただくという形で進めさせていただきます。よろしくお願ひいたします。

(富田会長)

はい、ありがとうございます。これは先生方、そして病院の事務の方にも多くの負担を強いて、お願ひしているデータでごさいます。

今の御説明、資料5と6になりますけれども、委員の皆様そしてオンラインで御参加の委員の皆様から御質問、コメントはごさいますでしょうか。

田畑先生からお願ひします。

(田畑参与)

青森市民病院の田畑と申します。ありがとうございます。

今回、資料を策定し、その入力をした段階で、デジタルで登録させていただいたんですね。そういったしましたら、そのデジタルデータちょっと読めないということで、後日 PDF のデータを要求されたというようなところですが。

これは来年度以降どうなっていくのかっていうところがまず1点と。

あと、この脳卒中の方のデータの方で、急性期から回復期を経由して維持期に移行した時点の転帰状況というところが、これが医療機関が弘前脳卒中センターと、あと県立中央病院と市民病院と新都市病院というような、4医療機関のみのアンケートなんですけど、この理由と、その例えば全ての医療機関に適用を広げるようなところが今後予定があるのかどうなのかということについて、ちょっとお聞かせしていただければと思います。

(事務局)

まず1点目につきましては、大変御迷惑をおかけしたことを改めてお詫び申し上げます。

今回 Kintone というアプリケーションを使わせていただいたんですけども、どうやら県庁のネットワークの問題で、ファイルの添付ができないということがわかりましたので。

来年度以降 Kintone によるファイルでの提出というのは考えてございません。

ただ、デジタルデータで処理していくという考え方は続けて参ります。どうしても Excel、もしくはその他ファイルで御提出いただく場合に関しては、メールで受け付けるという形にしたいというふうに考えてございます。

続きまして、調査項目、調査医療機関につきましては、ちょっとこれ経緯が私どもでも今すぐちょっとわかりませんので、後ほど改めて御回答させていただきたいと思っております。申し訳ございません。

(富田会長)

八戸市民は参加されていないということなので。多分そういうところもある。

県も詳細がわかればと思います。

はい、斉藤先生どうぞ。

(斉藤委員)

斉藤です。よろしく申し上げます。

この評価項目なんですけど、毎年同じことを言っているんですが。全然問題点があぶり出されないというか、色んな解釈ができるデータが多すぎて、現場としては何を、どこに問題点があって、何をどうしたらいいんだっていうのが、なかなか見えてこないんですね。

患者側の重症度が多いからこうなっているのか、搬送の問題なのか、受け入れた病院側の問題なのか。特に脳卒中の方の話ですけども。

例えば搬送件数だけですと、これ搬送時間のデータがなかったり、あと、循環器の方で発症から診療までの時間が出されたりしている、脳卒中ではそういうのが無かったり。

評価項目の脳卒中に関してはもう一回見直した方がいいんじゃないですかって、僕はいつも思うんですけども。どうですかね、これもう変えられないものなんですかね。

(富田会長)

調査項目に関しましては、協議会の中で色々決められた内容が、事務局の意見というよりはこれまでの経緯の中で、以前の協議会の中で決められたことが結構反映されていると思います。

結構、これを調べるのは(調査対象機関の)負担になっていますので、そのあたりの軽減等、新しい項目を追加する、あるいは減らす。その辺の負担等、あと先生御指摘のように、これ活かされるデータか、きちんと施策に活かされるデータかというところのバランスを加味したうえで、これまでの協議会で決められたことです。

例えばそれを見直すというのは、全然これは事務局的にはありと考えてよろしいと思いますが。そのあたりは見直すということに関しては、むしろ減らしたいとか。

ただデータがあまり細かいと、病院側も負担、あるいは現場の医師の負担にもなるので、そのあたりは加味したうえでの修正、あるいは項目の変更というのは十分あり得るのではないかなと思います。

(斉藤委員)

分かりました。

もう少し現場からの声を聞いた評価項目にして欲しいなと、僕、いつも思っているんですけど。これを見て、何も響いてこないんですよ。その話し合う場というのはないんですかね、この評価項目を今後どうしたいという。

是非そういうのがあれば、参加したいなと思うんですけど。

(富田会長)

項目に関してはこれまでの協議会でお話した内容に関して決めてきているので、これはここではそういうことを話し合う場ではないと、私は思うのですが。

それだと結局、ワーキングみたいな感じになるのかと思いますけど。

(斉藤委員)

ワーキンググループの話も、前、提案したんですが。全然、何もなくて終わってしまったんですね。それで何年間か過ぎていく感じがして。毎回、これに参加して、どうも指針が見えてこない。来年、じゃあどうやって頑張ったらいいんだとか、何もそういうのが響いてこないんですよ。

その辺、なんか改善があればなというのは、いつも思っています。

(事務局)

先生がおっしゃっているのは、この調査の結果もそうですし、多分この指標の方もっていうことなんだと思いますけれども。

今はこの調査結果のところをお話をしていたところなので。

この調査については、何度か深く協議会でどんなふうな項目にしようかというようなことを、意見をいただきながら進めてきましたが。

やはり、使われていないデータとかもあるので、見直した方が良いという先生のお考えもあるということであれば、改めてまたその辺のところを皆さんに意見を聞いて、修正していくということはあるかなというふうには思っております。

(斉藤委員)

わかりました、是非、お願いします。

(村上委員)

脳卒中のところでは例えば表の7とか表の8とかで、これ全て絶対数を使っているとなってるので。例えば脳梗塞の方が元々AFが「ある」だった人がどう入ってるのかとかってのが、現場では知りたいデータなんですけど。

データが生データが出てるんですけど、これあと括弧書きでもいいので。パーセンテージで出していただくと、グラフ作れとは言わないんでそういうパーセンテージを出してもらうと、視覚的にわかりやすくなるのではないかな。もし可能であれば、次年度からそういう資料を作っていたらとそういうふうに思いました。

(富田会長)

はい、ありがとうございます。これ見せ方のところですね。

(村上委員)

そうです。

(富田会長)

はい。データとしてはあるので、見せ方を「治療ある」のうち、「発症前から指摘あり」で、どのくらい薬を飲んでるのかですね。

たしかに定義とかそこにきちんとあるので。ただ表の並べるだけじゃなくて、影響力の種類とか、パーセンテージにするとかすればよりわかりやすいのではないかなという御指摘です。

(村上委員)

あと年次変化が知りたいので。

(富田会長)

グラフで。

(村上委員)

年ごとにそれがよくなってるのか、そういうのがやっぱり見たいです。私たちの目標はそこだと思ってるので。

ぜひそういう資料の提供をお願いしたいと思います。

(富田会長)

はい、ありがとうございます。

鈴木先生。

(鈴木委員)

八戸市民病院の脳外科の鈴木です。

資料5の7ページで、「血管内治療のうちの血栓回収療法の件数の推移」表5というのがあるんですけど。青森県内の血栓回収やられる先生方の努力で、年々確実に増えているということ。

さっき齊藤敦志先生の方からもありましたけど、結果とか、どこからどこへ運ばれてとかっていうのは、今、他施設共同研究で、青森県の血栓回収を調べているところですので。

次回、ちょっと今回、間に合わなかったんですけど、次回データをもしまとめられるようでしたら、この場でお話しできればなと思っています。

(富田会長)

はい、ありがとうございます。

それNTのことですか。

(鈴木委員)

そうです。

(富田会長)

はい、ありがとうございます。

貴重な資料だと思いますので、ぜひよろしくお願ひいたします。

その他いかがでしょうか。

私から質問ですけど、  
脳卒中の2ページ目の図の3ですけど、救急搬送の脳梗塞、脳出血もそうですが、その他の脳疾患がとても増えていきます。

1,067と倍近くなっていますけど、  
これは何かその他の怪我が多いとか、外傷が多いとか、何かそういうのがあるのでしょうか。

脳外科の先生方からコメントがあればと思いますが、難しいですか？

(田畑参与)

こちら救急隊からのデータなんですか。

(事務局)

そうです。

(田畑参与)

救急隊の方が多分お調べになったのが多分判断されて、というふうなカテゴリーで分けられているところなのか。

(富田会長)

そうですよね。

(田畑参与)

見方がちょっと決められないとかってというのが、結構あるのかなと。

(富田会長)

はい、わかりました。ありがとうございます。

参考、図の7ですけど、疾患別の死亡数で6ページですけど、この脳卒中の全体の死亡としてはこれは人口動態統計からですので、ただ減ってきているというふうにこれは見て取れるのですが。

これはやはり脳梗塞、脳内出血、脳梗塞はあまりかわらないかもしれないですが、脳出血等がだんだんと減っているのかなと思います。

生データ、総の死亡率、死亡数かと思いますが。年齢調整したらもしかしたらあまり変わらないのかもしれないですけど。

ただ、総死亡率としては減少傾向というふうに考えよろしいでしょうか。

(事務局)

これはもう国の統計のとおりですので、今、その先生がおっしゃったとおりだというふうに考えております。

(富田会長)

はい、ありがとうございます。

その他心臓の方はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

P C I の 12 番、2 ページですけど、P C I の A 病院はこれはおわかりになるかと思うんですけど、E は八戸でしょうかね。

県病と八戸しか。データの取り方が少ないのかなと思ったりもしますけど。

榎引先生何かコメントないですか。

(榎引委員)

去年の M I は 100 件ぐらい来ているんです。ステントだけだと、おそらく 80 ちょっとだと思ってしまうんですけども。なので、このトータル、M I の患者さんが 407 から 320 の減少はないと思いますので、すみません、ちょっと、うちのデータは、もう 1 回、提出し直させますので。

(富田会長)

多分合わないと思いますけど。

大学だと増えているので、もしかしたら増えているのかなという印象でおります。

(榎引委員)

昨年と比べると、ちょっと微増していたと思うんですけども。

(富田会長)

ですよ。多分。

(榎引委員)

そんな減ることはないと思います。

(富田会長)

これちょっとトータル 407 が 321 と 1 ページの一番後ろですけど、減ってるんですけど。

おそらくこれはちょっと県病は多分 21 なわけないので、おそらく 100 ぐらいいってるはずですから。

おそらく前年とトントン、同じぐらいなのかなと感じています。

余談ですけども、大学病院のカテーテルの P C I が去年は 300、今年 400。非常に多く

なっています。冠動脈疾患の患者さんが増えて、おそらく全国的に増えているのではないかなと思います。

僕の推測ですけど、コロナ禍で生活習慣が悪くなって。これがんも増えているんだと思うんですけど。

心筋梗塞の患者さん、あるいは狭心症の患者さんが増え、ちょっと今増えている状況かなというふうに感じているところでございます。

よろしいでしょうか。

では、ありがとうございました。ちょっと時間が押していますので、次に参ります。

その他（１）「青森県・弘前大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター活動報告」をよろしくお願いたします。

（佐藤さん）

脳心センターの佐藤です。本日は短い時間ですがセンターの活動紹介をさせていただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

今、画面共有します。

まずは、センターの概要から紹介します。

当センターは令和５年８月に弘前大学病院内に設置されました。青森県と密接に連携を取りながら、事業を展開しているところが特徴です。

主に相談支援、疾患啓発、医療機関などの横の連携の構築の３つの柱を中心に活動しています。

本日は時間に限りがございますので、今年度センターが特に力を入れて行った、②の疾患啓発のイベントを２つと、③の病病連携について御紹介いたします。

まず、疾患啓発についてです。県が今年、高血圧の治療・受療リテラシー向上事業に取り組んでいることと関連して、センターでは医療従事者向けの講演会と県民向けの講演会を、高血圧の関わりに関する講演会を開催しました。

医療従事者向けの講演会では、講師に高血圧治療に大変造詣が深い製鉄記念八幡病院の土橋先生お招きして、新しいガイドラインに関することや、実践に活かせる減塩指導、降圧治療の進め方などを講演していただきました。

それから県民向けの講演会は、これまでも開催していましたが、会場が弘前や青森に限定されていたため、参加者が少ないことが課題でした。

そのため今年、新たな取り組みとして県内の参加可能な市町村に御協力いただき、サテライト会場を設置して、青森市のメイン会場から各市町村に中継配信する形としました。

参加者は述べ４２０名と例年と比べ非常に多くの方に御参加いただくことができました。

次に病病連携についてです。循環器領域では御覧の各指導士における施設間、職種間でのネットワークの構築、また人材育成の機会とし、心不全ケアや心臓リハビリテーションの質

の向上を目指す連携の会を継続して開催しています。

こちらは脳卒中相談窓口間の連携構築のために行った、担当者ミーティングです。相談件数の取り方、運営の課題、設置予定施設からの質問をそれぞれ共有し、意見交換を行いました。

こちらの会も継続して行っていく予定です。

その他、3本柱の1つである相談支援については、資料7の3ページ目、4ページ目の参考資料を御参照ください。

以上、簡単でしたが当センターの活動の一例を紹介させていただきました。

貴重なお時間を頂戴し、ありがとうございました。引き続き当センターをよろしくお願ひします。

(富田会長)

はい、ありがとうございました。

僭越ながら私センター長務めておまして、非常に活発に活動を行っています。

全国的に見ても非常にアクティビティが高いセンターということで知られています。

相談支援、これは県内、青森県全域から毎年100件ぐらいいただいており、これも非常に全国的に多いということですし、疾患啓発活動も行っております。

今、最後にありましたように横の繋がりもハブとしての機能というところも大きな役割、3本柱の1つであります。

そのあたり、皆さん、何か企画とか様々な相談とかございましたら、ぜひ脳卒中・心臓病等総合支援センターの方に御連絡いただければと思います。よろしくお願ひいたします。

引き続きまして、治療・受療リテラシー向上事業の紹介を事務局から、よろしくお願ひいたします。

(事務局)

はい、事務局の池田です。改めましてよろしくお願ひします。

この治療・受療リテラシー向上事業、資料8の方御覧ください。

資料8の上側の方の右側の方ですね。今まで県は一次予防に力を入れて参りましたけれども、それだけではなかなか全国に追いつけないというところで、次はクリニカルイナーシャ、つまりは治療が必要なのに関わらず治療を行わないなど、患者を減らしていくという事業に取り組むこととしたところです。

下のスライド、字多いですけれども、とにかく青森県。高血圧で未治療者というのが非常に多いというところがございます。

それをどうにかするためにキャンペーンを2つやることといたしました。それがページをお捲りいただいて、黄色っぽいチラシ。こちらが治療を始めると抽選で物が当たるというキャンペーン。

そしてもう1ページ捲っていただくと、こちらは測定をして、登録。血圧を測定して登録していただくと、物が当たるというキャンペーン。

この2つのキャンペーンをもって、血圧を日常的に測っていただき、高いと、高血圧症である場合にはすぐ治療を始めていただくということに繋がりたいというところで、広報して参りました。

皆様からもぜひこちらの方ですね、お知り合いの方、もしくは患者さんの方、お勧めいただければというふうに考えてございます。よろしく願いいたします。

(富田会長)

はい、ありがとうございます。

こちらが「ゼロのまち」メインの企画と、ゼロの県ですね、メインの企画ということになっております。

高血圧の未治療ゼロチャレンジキャンペーンは、現在参加されている、降圧薬の処方をお願いした、初めて処方をいただいた患者さんが、300人、400人でしたかね。

キャンペーンに当たる確率が高いということをお患者さんにも御説明いただければと思います。

2人に1人ぐらい当たるということですので、御紹介いただければと思います。

もう1つの方の、血圧未測定は、誰でも参加できます

私も参加していますが、途中で中断したら「測ってください」というLINEが飛んできますので、そのあたりきちんとサポート、マネジメントもしてくれる非常に優秀なシステムになっています。

先生方もぜひ測定して、登録いただきたいなと思います。

こちらは6万件のデータがあるということです。

でも1万、2万はいつてもんじゃないかなと思いますけれども。こちらでもぜひ参加いただいて、血圧測定していただければいいと思います。

新しいガイドラインだと、高血圧がやはり非常に死亡に寄与しており、年間17万人ほどが亡くなっているということです。

そこを青森県としても何としても改善したいというふうな、意気込みが感じられる取組のことが、御紹介されているところでございます。

こちらイニシエーション、初期導入に関してこういう様々なクオカード等々、非常に良いですけれども、継続性ということも大事ですので、そのあたりはまた県が新しいことを考えていると伺っていますので期待しているところでございます。

それでは、長くなりましたけれども、全体としまして何か御質問や御意見がございましたら、1つ2つ承りたいと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

これは年1回の会議ということになっておりますので、また何かありましたら事務局の方にも、御連絡いただければよろしいかと思えます。

それでは、これで議事を終了したいと思います。委員の皆様、御協力ありがとうございました。

それでは、事務局の方にお返ししたいと思います。

(事務局)

はい、富田会長ありがとうございました。

またオンラインで参加の皆様、音声の不調につきまして申し訳ございませんでした。

これをもちまして、「令和7年度青森県脳卒中・心血管病対策協議会」を閉会いたします。ありがとうございました。

以上