

第 1 回

東京都循環器病対策推進協議会

会 議 録

令和 3 年 3 月 2 5 日
東京都福祉保健局

(午後 06時00分 開会)

○久村課長 恐れ入ります。定刻となりましたので、ただいまより第1回東京都循環器病対策推進協議会を開催とさせていただきます。

委員の皆様方には、今回快く委員のご就任をお引き受けいただきまして、誠にありがとうございます。

よろしく願いいたします。

私、東京都福祉保健局救急災害医療課長の久村でございます。

議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしく願いいたします。

では、まず、開会に当たりまして、医療政策担当部長の鈴木より、ご挨拶を申し上げます。

○鈴木部長 福祉保健局医療政策担当部長、鈴木でございます。

本日はご多忙のところ、ご出席いただきまして、ありがとうございます。

本日が、東京都循環器病対策推進協議会の初回でございます。

本協議会の委員には、循環器病の患者やその家族の方、医療などの専門家、学識経験者、関係団体の方などにご就任いただいております。

お忙しい中、委員をお引き受けくださり、心より御礼申し上げます。

皆様もご存じのとおり、国は令和元年12月にいわゆる循環器病対策基本法を施行し、また、昨年10月に都道府県循環器病対策推進計画の基本となる、循環器病対策推進基本計画を策定したところでございます。これを受け、東京都においても、計画の策定に向けた検討を始めることとし、本協議会を設置いたしました。

循環器病については、心疾患が都内の主な死因の第2位、脳血管疾患が第4位であり、また後遺症が残る場合があるなど、都民の生活にとって多くの大きな影響がある疾病であると考えております。

今後、東京都の事情に即した、幅広い循環器病対策を総合的、計画的に推進していくため、本日は様々な観点から、忌憚のないご意見を賜りますようお願い申し上げます、私からの挨拶とさせていただきます。

よろしく願いいたします。

○久村課長 まず、本日の会議でございますけれども、ウェブ会議形式での開催となりますので、ご発言の際には合図していただきまして、ご所属とお名前をおっしゃってからご発言いただきますよう、お願いいたします。

続きまして、会議資料でございますが、会議資料につきましては、次第の下段に記載のとおりでございます。万一、不足等ございましたら、その都度、お知らせいただければと存じます。

続きまして、委員の紹介ということでございますが、時間の都合上、資料1の委員名簿の配布をもって、代えさせていただきますと思います。

なお、水谷委員からはご欠席のご連絡をいただいております。また、岡本委員の代理で、東京消防庁救急部救急医務課長の瀧澤様にご出席をいただいております。

次に、会議の公開についてでございますが、設置要綱第9によりまして、当協議会会議議録及び会議に係る資料につきましては、基本的に公開とさせていただきます。

また、本日傍聴の方がいらっしゃいますので、ご了承いただければと思います。

続きまして、会長の選任についてでございますが、設置要綱第5の規定に基づきまして、委員の互選により選任をお願いしたいと思いますが、どなたかご推薦ございますでしょうか。

○新井委員 東京都医師会の新井ですが、よろしいでしょうか。

○久村課長 新井先生、お願いします。

○新井委員 はい。

私から、日本体育大学大学院の保健医療学研究科教授の横田先生を推薦したいと思えます。

○久村課長 ありがとうございます。

○新井委員 はい。

推薦の理由といたしまして、横田先生は、日本医大病院の救命救急センター長として長年ご活躍されていて、救急医療の分野に精通しておること、また、東京都の救急医療対策協議会の会長、それから、東京都の脳卒中医療連携協議会の委員、さらに、国の循環器病対策推進協議会の委員も歴任されているということから、本協議会の会長に適任であると考えます。

よろしくお願いたします。

○久村課長 ありがとうございます。

ただいま、横田委員を推薦するのご提案をいただきましたけれども、皆様いかがでございましょうか。

(異議なし)

○久村課長 ありがとうございます。

それでは、横田委員に会長をお願いしたいというふうに思います。

では、横田会長、ご挨拶のほう、お願いたします。

○横田会長 ただいま、新井委員からご推薦をいただきました、日体大大学院の横田と申します。どうかよろしくお願いたします。

先ほど、鈴木部長からもお話がありましたけれども、この循環器病対策推進協議会は、いわゆる循環器病対策基本法の第21条に、都道府県は循環器病対策推進協議会を設けるよう努めなくてはならないという趣旨の条文があって、そこを受けての協議会と理解しております。

ということで、非常に責任の重い協議会というふうに思っていますので、どうか、委員の皆様におかれましては、よろしくお願したいと思えます。

また、昨年10月に、国のほうから、この循環器病に対する推進基本計画が出ました。この基本計画の中には、今日も議論があると思いますが、三つの大きな柱が記載されています。

それを踏まえて、この協議会が都民に対してどのようなことができるか、あるいはしていくのかを、この皆さんで議論をして、それを実施していきたいと考えていますので、どうかよろしくお願ひしたいと思ひます。

○久村課長 横田会長、ありがとうございます。

こちらの循環器病対策推進計画でございますが、今回、第1期の計画ということになりますので、まず、主に、今後の取組の方向性を記載する計画にしていくのかなというふうにご考へておられます。

今回、第1回目の協議会でございますので、今回は、委員の皆様から、それぞれご意見、ご考へをお聞かせいただく会にしたいというふうにも思っております。

それぞれのお立場から、循環器病に関する現状、課題あるいは今後必要な取組等について、ご意見いただければというふうにご考へておられますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、横田会長に以降の進行をお願ひいたします。

○横田会長 はい。よろしくお願ひいたします。

それでは、皆さん、この議事次第をご覧になっていただければと思ひます。

最初に東京都循環器病対策推進計画策定に向けた検討ということで、事務局から説明、よろしくお願ひします。

○事務局（剣持） 事務局の救急災害医療課の剣持です。

資料3、4-1、4-2をご説明させていただきます。

まず、資料3をご覧ください。循環器病対策推進計画策定に向け、概要を説明させていただきます。

国は、令和元年12月に、健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病、その他の循環器病に係る対策に関する基本法を施行しました。この法により、都道府県は、国の循環器病対策推進基本計画を基本とし、循環器病対策推進計画を策定することとされました。

昨年10月には、国の循環器病対策推進基本計画が策定され、個別施策として、循環器病の予防や、救急搬送体制の整備、医療提供体制の構築、リハビリテーションや治療と仕事の両立支援などの施策が示されております。

都は、この国の基本計画を踏まえ、循環器病対策推進計画を策定してまいります。

今後の計画策定スケジュールについてですが、今年の7月に計画を策定する予定で、検討を進めております。

なお、先ほども申し上げましたとおり、今回は、東京都循環器病対策推進計画の第1期の計画ですので、今まで都で実施してまいりました循環器病対策について整理し、今

度の東京都において推進すべき循環器病対策についての方向性をお示しする計画としたいと考えております。

今後、この計画を踏まえ、おのこの取組について、具体的に進めていくこととなります。

これまで、2月に事前検討会を開催し、課題と今後の取組についてご議論いただきました。また、本協議会の委員の方にも、事前に書面においてご意見をいただくとともに、東京都の脳卒中医療連携協議会、救急医療対策協議会、リハビリテーション協議会の委員の方々にも、各項目について事前にご意見をいただいております。

これまでいただいたご意見を、参考資料の1-1から1-5に掲載させていただいております。

こうした皆様の意見を踏まえ、課題と今後の方向性を整理したものが、資料4-1となっております。

それでは、資料4-1について、ご説明させていただきます。

まず、1、循環器病の予防や正しい知識の普及啓発についてです。

課題としては、循環器病の発症、再発、重症化予防、早急な治療の開始等に向けた知識の啓発、小児期における普及啓発などです。

今後の方向性としては、生活習慣の改善や、循環器病に関する知識の普及啓発について、SNSの活用や、関係機関と連携した効果的な取組を推進していくとともに、小児期からの普及啓発について、検討してまいります。

続きまして、2-①、循環器病を予防する健診の普及や取組の推進についてですが、課題といたしましては、循環器病の予防、早期発見に資する健診の実施率向上がございました。

今後は、特定健診実施率を向上するための区市町村支援や、東京都国民健康保険団体連合会と連携した取組を実施していきます。

次に、2-②の救急搬送体制の整備についてでございます。循環器病は急性期における迅速、適切な治療の実施をすることが必要ですので、医療提供体制の充実に向けた取組の推進や、デジタル技術を活用した連携、情報共有を進めてまいります。

2-③、循環器病にかかる医療提供体制の構築について、急性期から慢性期までの一貫した医療提供体制の構築が課題ですので、デジタル技術を活用するなどした医療機関間の連携及び患者情報の共有を推進、また、病院主治医と地域診療所医師の「2人主治医」などの、医療提供体制の確保に向けた検討を進めます。

次に、2-④の社会連携に基づく循環器病対策、循環器病患者支援についてです。

多職種連携、病院と地域の医療介護関係者の連携が課題でございますので、地域包括ケアシステムの構築のさらなる推進、デジタル技術を活用した多職種連携、地域の医療介護関係者と病院の連携や情報共有のさらなる推進に向けた取組を実施します。

おめぐりいただきまして、2-⑤、リハビリテーション等の取組につきましては、課

題は、早期からの継続的な個々の患者の状態に応じたリハビリテーションの提供、地域のリハビリテーション支援体制の強化です。

今後は、地域リハビリテーション支援体制強化に向けた多職種連携や、心臓リハビリテーションを推進していきます。

2-⑥、循環器病に関する適切な情報提供、相談支援につきましては、患者のニーズに対応した情報提供、相談支援体制が必要であり、今後は都の実情に応じた効果的、効率的な情報提供相談支援を充実してまいります。

2-⑦、循環器病の緩和ケアですが、患者の状態に応じた適切な緩和ケアを実施するため、今後は多職種連携、病院と地域の連携による緩和ケアを推進いたします。

2-⑧の循環器病の後遺症を有する者に対する支援につきまして、特に、脳卒中の後遺症である失語症や高次脳機能障害などを有する方が福祉サービスを受けられる環境の整備を進めるため、今後は、後遺症に関する理解促進に向けた普及啓発や、後遺症に関する相談支援体制の充実に向けた取組などを実施していきます。

2-⑨の治療と仕事の両立支援・就労支援につきましては、復職や就職に際する適切な支援が課題としてありますので、より支援施策、就労支援施策の効果的な活用に向けた情報提供体制の強化や、循環器病患者にとって働きやすい環境の整備、就労支援を促進していきます。

2-⑩の小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策につきましては、主な課題として、小児期から成人期への移行期にある患者に対し、小児科では加齢による病態変化や、合併症、生活習慣病や妊娠・出産に対し、対応が困難である一方、成人診療科では、小児慢性疾病に対する知識、経験が不足しているなどということがございますので、今後は移行期医療の支援を充実していきます。

3、循環器病の研究推進についてでございます。根拠に基づいた循環器病対策を推進するため、循環器病に関する治療実績等の把握などを行ってまいります。

続きまして、資料4-2をご覧ください。

こちらは、都として、この計画を策定し、全体としてどのように取り組んでいくのかのイメージの案を、事務局で作成したものです。ただいまご説明した各項目の取組に対し、横串を刺すとともに、地域の実情に応じて取組を進めていければというイメージ図でございます。こういう内容につきましては、次回以降にご議論いただきたいと思いますと考えております。

本日は、委員の皆様には、今後の計画策定に向け、循環器病に関する現状、課題、今後の取組などについて、改めてご意見をいただければと存じます。

事務局の説明は以上となります。

○横田会長 ありがとうございます。

今、事務局から説明いただきましたが、私が冒頭の挨拶のときに申し上げました、この循環器病対策推進計画の中で、三つの柱とお話ししたんですが、その三つの柱に関し

て、1番目、循環器病の予防や正しい知識の普及啓発、2番目として、保健、医療及び福祉に係るサービスの提供の充実、それから3番目として、循環器病の研究推進、それぞれに対して、課題、それから今後の方向性について、説明をいただきました。

今日は第1回ということもありまして、今日は委員の皆様にご意見出しをしていただきたいと思いますので、順番にそれぞれお話をしていただきたいというふうに思います。よろしいでしょうか。

それでは、この委員名簿の順番に従って、後でまた追加等がありましたら、その時でも構いませんが、名簿の順番にのっとなって、お話を伺いたいと思います。

まず最初に、有賀委員、いかがでしょうか。

○有賀委員　もしもし、聞こえますか。

○横田会長　聞こえてます。

○有賀委員　よかった。

のっけの最初に意見をということ、ちょっとたじたじしてはいますが発言します。今回は循環器病ということなので、基本的に脳卒中や心臓の話がメインになると思うんですけど、要するに、急性期から慢性期まで、または治療と就労の両立支援という状況に至りますと、もう既に、ご自身の生活の中で治療をしながら仕事をしていると、そういうふうなことになると思います。そうしますと、時間軸としては極めて長いわけで、横田先生も僕も医学を勉強してきた人なので、その観点から見ますと、もちろん、パートナーとして、ナーススタッフがいたことにはなりますけれど、ナースの方たちは、介護の方たちとの接点をも持ちながら仕事をされている。そういう意味では、医学のみじゃなくて、広い立場、看護学や介護や、それから、社会生活までもありますので、一般の方々も含めて、全体として、体系的にと言うか、有機的にと言うか、そういうふうな観点で議論していかないといけないと思います。

そういうふうな意味では、恐らく、単純に、患者を診るというふうな問題ではなくて、急性期から慢性期からずっとありますので、対象となる方の、人としての尊厳に鑑みて、その方の人生そのものをサポートしていくと、そういうふうな基本的な軸になるような大事な理念の部分を皆で共有しながらやっていくということが、多分大事なんじゃないかなと思います。

ですので、介護の方たちは、バイタルサインがどうしたこうしたなんて話はふだんからやっていなくて、患者さんの状態が何となくおかしいという話をする。そのときに、看護師さん達はその介護の方たちの部分をみてあげて、僕らに医学の言葉で翻訳していただくみたいな、そういうふうな意味での、極めて広いチーム医療としてのしつらえが必要なのではないかなというふうに思います。

ちょっと漠然としてはいますが、極めて大事な理念の部分を共有するということが、本件の一丁目1番地かなと思っていましたので、発言させていただきました。

以上です。横田先生、よろしいですか。

○横田会長 はい。ありがとうございました。

この基本計画の中にも、時間軸、すなわち急性期から慢性期にかけての連携というのが強調されていますが、多職種連携、縦糸と横糸の関係というところを協調していただいたと思います。

ありがとうございました。

○有賀委員 よろしくお願いします。

○横田会長 ありがとうございました。

それでは、本日、水谷委員はご欠席なんですね。

それでは、高山委員、ご意見よろしくお願いします。ミュートになってます。

○高山委員 榊原記念病院の特任副院長をやっております、高山と申します。

皆さんどうぞよろしくお願ひいたします。

今回、この循環器病対策基本法ということで、血管病である脳卒中並びに循環器疾患の大きな進歩が、ここで、がんに対して対策が非常に取られて進歩したように、循環器病に関しても大きな改善が期待されるのではないかというふうに、私自身、大変期待しております。

私自身、榊原記念病院という循環器病の専門病院で十数年、その以前は私の日本医科大学でやはり20年近く循環器病と戦ってまいりました。こういう中で、皆さん、お聞きになっていると思いますが、現在の循環器病の中でやはり残された大きな問題が幾つもございます。

その点の、病気を治すという点と、やはり予防するという点、その、まず、予防という点をまず申し上げたいんですが、このことに関しては、一般の人々の循環器病を起こさないような教育というものが非常に大きくなります。この教育に関して、市民の教育、都民の教育ということが上げられますし、それには動脈硬化を起こさないようにする、あるいは高血圧をコントロールする、あるいは特にこの後申し上げますが、心不全を起こすと特に塩分の摂取が非常に大きな治療の困難さを進めます。こういったことに対する、きちんとした教育をやはりこの一つの決まりとして、都民全体にやっていくということが大事なのではないかというふうに考えております。

これを東京都と言いますより、各医療機関あるいは保健所、こういったものと、そして、それぞれの場所で仕事をされる皆さんから、細かく一定のルールの下に話を進めて、理解をいただくということ、これが非常に大事だろうと思います。

そして、それにさらに大事なことは、学校教育だと思うんですね。学校教育で、例えばやはりどうして動脈硬化が起こってくるか、それから、もう一つ挙げられますのは心停止起こした方への心肺蘇生、AEDを使う、これ、一部の学校で、小学校でも行っております。

こういったことはやはり全ての、日本全体でやるべき問題だと思いますが、この教育ということは非常に重要だと思いますので、広い領域、これまで我々、なかなか医療の

場からは多くに手をつけられなかったところまでの話が進められると思います。

また、小学生の教育で、循環器、心臓、こういったもの、心臓の言わばメカニズムとか、それからなぜ動脈硬化が起こって脳梗塞になっちゃうかとか、こういったことをもう、子どもの時から教育の中に入れて、それを防ぐにはどうしたらいいかということ、食べ物はどういうのを食べたらいいかとか、こういうところまで進められると思います。

これが一つの予防の大きなところですね。こういうことには、非常に期待をいたします。

それから、実感で残されたものと言いますと、私長く心筋梗塞の治療を、もう何十年とやってまいりましたが、もともと心筋梗塞は死亡率が二十数%、病院に入っても二十数%だったのが、今は5%ぐらいまで減らすことができました。

東京都では大体、現在年間8,000人程度が起こっているというふうに私ども集計しておりまして、ただ実際、東京都CCUネットワーク73施設に入り、緊急の治療を受けるのは6,000人弱です。6,000人弱の患者さんの死亡率が5%程度なのですが、我々の調査によれば、2,000人は病院前の心停止で、心肺停止で救命センターに多く運ばれ、多くの蘇生を受けながらも助からない状態だということが分かってきております。

これをどうやって起こさないようにするかということの一つですし、残る重傷の患者をどうやって治療していくかということは、まずは取り組まねばならないことだと思います。

もう一つ大きな疾患で、残りは、大動脈緊急症と言っておりますが、急性の大動脈解離、それから、大動脈瘤腹部胸腹瘤の破裂であります。これらを合わせて、東京では毎年2,000人に行っております。

これは、緊急で、もう24時間いつでも外科手術が大動脈瘤の手術ができる場所がないと本当に助けられない。こういった、組織化してやっているけど、まだまだ足りない部分がありますので、こういったところ、さらに進めるというところが必要な点であります。

残るもう一つは、心不全の患者さん、これが70歳後半から80歳代に非常に多く、これが繰り返し入院してきてします。これを再入院をどうやって防いでいくか、そして、患者さん並びにご家族の教育ということが非常に大事だろうと考えて、私ども、実際にそういった患者さんへの実地教育をしております。こういったところは、広く東京全体で進めていきたいというふうに思っております。

残るところが、やはり、最終の患者さんのみとりを含む、緩和医療というところをやはりもうさらに多く、在宅医療をやられている先生方が取り組んでいます。その点に関しては、介護の方と、また、もう一緒にひっくるめて、やはり東京都として広く心臓そして脳血管病に関しての、うまく最後に命をみとるところまでシステム化してやれる形が一番望ましいのではないかというふうに考えております。

どこまでアプローチできるか、これ、まだまだ取り組んでみないと分かりませんけれども、ただはつきりした道筋は、順を追って進められるんじゃないかというふうに考えております。

ぜひとも、私も皆さんと一緒に協力させていただいて、よい結果を得るように努力していきたいと思います。

よろしく願いいたします。

○横田会長 はい。ありがとうございました。

予防、それから学校教育を含めた普及啓発、急性心筋梗塞や急性大動脈解離あるいは心不全など治療体制に関して議論の余地はある、そういう中でこの協議会がどういった役割を果たしていくかというところをお話しいただいたと思います。

ありがとうございました。

それでは、星野委員、よろしく願いします。

○星野委員 はい。聞こえますでしょうか。

○横田会長 聞こえます。

○星野委員 ありがとうございます。

東京都済生会中央病院の副院長をしております、星野と申します。

私は、日本脳卒中学会の推進計画を進める上で、東京都の推進委員会の委員長としてここに呼んでいただいたのと、それから公益社団法人で日本脳卒中協会というのがあるんですけども、その東京都の支部長を現在しております。

今回の推進計画をつくる前提となった基本法を作るために、かなり長いこと、日本脳卒中協会は活動しておりまして、今回、基本法ができる前に……。

○横田会長 星野先生、聞こえますか。星野先生、音声途切れてます。星野先生、少し今音声途切れてるので、もう一度、すみません。

○星野委員 最初。どこが聞こえていたんでしょうか。

○横田会長 先生の自己紹介のところまでは伺いました。ありがとうございます。

○星野委員 脳卒中に関しては、もともと東京都脳卒中連携協議会とかにも入れさせていただいたし、東京都の血管内治療を消防庁の端末につけられるようにするというようなことでも、東京都脳卒中連携協議会の協議会の脳血管内治療ワーキングに参加させていただきました。

もしもし。

○横田会長 大丈夫です。

○星野委員 すみません。聞こえますか。

○横田会長 聞こえてます。

○星野委員 急性期の体制としては、脳卒中に関しては、東京はリアルタイムで常に分かるようにしていただくということ、有賀先生を中心にやっていただいたので、かなりよくできているのではないかと思います。

ただ、血管内治療に関しては、本来、昨年度4月1日から救急端末への導入始まった後で、一度検証するはずだったのですが、その検証が行われていない。コロナでぐちゃぐちゃになってしまったところがあったので、そこをきちんとやっぱりやっていたで、もう一回確認しておく必要があるのではないかなというふうに思います。

今回の推進計画、その前にあった基本法を作るに際して、やはり先ほどからお話が出てますけども、予防から始まって、急性期の治療、脳卒中の場合には回復期が入ってきて、療養。その一連の流れを向上させようというのが一番の目的だと思います。

先ほど、高山先生がおっしゃいましたけども、基本法をつくっている最中に、やはり学校教育、非常に若いときからいろいろ教育して、啓発していくことが非常に大事じゃないかという話があったんですけども、ご存じのように、文科省のほうの教育課程の改定というのは10年に1回しか行われなそう、今から動かないと多分次のに入らないんじゃないかというような問題もあるので、東京都は独自にやっていたとしても全然構わないというか、やっていったほうが良いと思うので、ぜひその辺は推進的にやっていただいたらいいんじゃないかなと思っております。

それから、脳卒中診療をやっている身からすると、やっぱり患者さんの最終的に社会復帰ができていないということがかなり大きな問題なので、今回の中にも書いてありますけれども、両立支援、その辺をぜひ進めていただきたいなというふうに思います。

事前書類のときに書いたのですが、普及啓発とか、支援実施、支援推進など、非常に響のいい言葉がたくさん書き込まれるんですけども、やっぱり何か具体的に、何かこれをする、あるいは何%上げるとか、何かそういったような具体的な数字を出していないと、果たしてうまくやれたのか、何が足らなかったのか、そういったような客観的な評価はできないと思うので、ぜひ推進計画には具体的なものをできる限り入れていただくといい方向に行ったらいいなというふうに私は思っております。

それから、1個言い忘れたのですが、脳卒中の中でtPAは今、日本全国で900施設ぐらいできるようになっているのですが、二次医療圏の要件の中でうまくできていないのが、今日参加していただいている島しょ部ですね。島しょ部はやっぱりちょっと、島の領域、東京都というのはかなり広い範囲を持っていて、島しょ部の二次医療圏の中で、tPAましてや血管内治療というのはかなり難しいという状況があるので、ここを何とかうまくできるようになったらいいなというふうに思っています。

よろしく願いいたします。

○横田会長 ありがとうございます。

星野委員は、東京都の脳卒中医療連携協議会で様々なお仕事をいただいています。また、この推進計画には数値目標を上げたほうが良いというところ、非常に重要なポイントだと思いますので、ぜひそのような視点からも進めてまいりたいと思います。

後で、島しょの件に関しては、きっとまたお話があると思いますので、そのときに伺いたいと思います。

あと、検証を行うというふうなことに関して、事務局から何か説明、ありますか。

○久村課長 事務局でございます。

星野先生、お話ありました、血管内治療の円滑な実施に向けた転院の新たな取組、昨年の4月から実施しているところでございますけれども、この検証が必要というのはまさにそのとおりでございます。ちょうど、この月曜日に脳卒中の協議会、親会を開かせていただきまして、その中で1年経過したというところを踏まえて、急性期、脳卒中急性期医療機関に対する調査を実施して、t P Aの実施状況、血管内治療の実施状況、それから転院支援、転院の状況、そういったものを調査をかけさせていただいて、また検証して、具体的な取組にまたつなげていきたいということで、その協議会でご承認をいただきましたので、これから調査をかけさせていただきます。

○星野委員 よろしくお願ひします。

○久村課長 はい。

それと、島しょ医療のところにつきましては、今広尾病院のほうが島しょの医療機関と連携して、画像伝送の仕組みの中でt P Aの実施のところを支援していたりというところはございます。

以上でございます。

○星野委員 ありがとうございます。

○横田会長 ありがとうございます。

続きまして、清水委員、よろしくお願ひします。

○清水委員 聞こえますでしょうか。

○横田会長 はい。よく聞こえます。

○清水委員 日本医科大学循環器内科の清水でございます。

横田先生とは昨年までご退官になられる昨年までも一緒に7年間仕事をさせていただきました。お世話になりました、その節は。

私は、今、日本医科大学循環器内科の当院の代表をやっていることと、それから、日本循環器、社団法人日本循環器学会の常務理事をさせていただいております。あと、サブスペシャリティー領域としては、その中の不整脈、日本不整脈心電学会というのがあるんですけども、そちらの今代表理事、理事長をさせていただいております。

東京都の日本循環器学会の東京都の関東甲信越支部の支部長もさせていただいております。せっかくの星野先生と一緒に、東京都の循環器病対策推進委員会というのが、循環器のほうの委員会があるんですけど、そちらの委員長もさせていただいておりますので、一応、日本循環器学会、循環器系を代表させていただいて、今回はこの協議会に加えていただきました。どうぞよろしくお願ひいたします。

それで、先ほど、高山先生もおっしゃったんですけども、昨年10月27日に日本というか、政府の循環器病対策推進基本計画ができて、これが今、東京都各都道府県に下りてきてわけです。

もちろん、その中で、大本の中で、大きな柱があって、救急医療体制の整備ですとか、啓発活動とかあるんですけども、例えば、東京都と地方では全く状況が違って、地方なんかはやはり急性心筋梗塞ですとか、先ほどのお話も出てた、解離性大動脈瘤といったような、急性疾患の、まず搬送体制が循環器疾患も地方では十分できていないんですけども、やはり東京都はそこは大都会ですから、大学病院、救急病院も大変数が多いので、そういった急性期の搬送体制というのは、東京都のCCUネットワークですとか、あるいは大動脈疾患ではこのスーパーネットワークというのがやはりありまして、それで、かなり前方支援と言いますか、そういう救急搬送体制や急性期の治療というのは、やはりもう日本の中ではもうトップレベルと言うか、一番よくできているところだと思います。

今、私、東京都、日本医大に来たの8年前なんですけども、やっぱり東京、今循環器の領域で非常に問題になっているのは、ご存じのように、日本はもう超高齢化社会を迎えて、女性はもう90歳に平均年齢が達しようとしています。

特にやはり多いのが、高齢者の心不全なんですね。高齢女性の心不全が非常に今問題になっています。日本医大の循環器の病棟でも、常に80歳後半から90に近いような高齢女性の心不全の患者さんが常に3名から5名ぐらい入院されて、こういった方は、例えば、70代後半ぐらいで心不全を起こすと、一旦は急性期の治療をするとよくなるんですけども、また1年度に再入院されてこられて、それで、だんだん坂道を転げ落ちるように、入院する度に完全には元に戻らなくて、入院頻度も多くなってきて、最後終末期を迎えられるということで、やはり今高齢者の心不全というのが非常に大きな問題になっています。

その場合に、患者さんの数も非常に多いので、これをどういうふうに急性心不全で入ってこられた急性期から回復期、それから心臓リハビリテーション、それから在宅医療も含めて、どういうふうにシームレスにやっていくかというのが。

急性期の受入れももちろん大事なんですけども、私、個人的には、特にこの後方領域のシームレスな連携というのが非常に大事だと思いますので、そういった在宅も含めた、リハビリテーションも含めた、そういうところ、整備していくことが、東京都は特に大事なんではないかなというふうに感じています。

ですので、その辺りをこの今回の基本計画にはぜひ盛り込んでいただければというふうに思います。

それから、もちろんそのためには、医療体制、医療機関のほうの体制ばかりが十分できても、やはり先ほどから多くの先生もおっしゃってます、患者さんも含めた、あるいは学童期からのそういった循環器疾患に対する心不全ですとか、動脈硬化とか、そういった疾患に対する啓発として、まずはそういう病気にならないことを教えることも大事ですし、一度なってしまった人にはやはりどういうふうに心不全の管理をして、塩分制限ですとか、適度な運動ですとか、そういったような啓発活動をすることはやはりこ

れは非常に大事ですので、併せてやっていただきたいと。

最後はやはり、これも先ほど出ましたけども、がんとある意味同じで、緩和ケア、最後、どういうふうな形で最期を患者さんが幸せにおみとりできるかと言ったようなことも含めて、皆さんと一緒に考えていければということです。

何度も言いますが、特に、後方の連携というか、そういった支援が、特に東京都の場合は大事、現場の者としてはそういうふうに感じておりますので、どうかよろしく願います。

以上でございます。

○横田会長 はい。ありがとうございました。

特に、高齢者の対応、心不全についてお話しいただきました。

と同時に、急性期だけではなくて、その後の対応、それから最終的な緩和ケアに至るまでのシステムが必要であるというお話でした。

ありがとうございます。

それでは、次、河原委員、よろしく願います。

○河原委員 東京医科歯科大学の河原でございます。

聞こえますか、大丈夫ですか。

○横田会長 よく聞こえます。

○河原委員 はい。

私自身は医療政策を研究しております。

まず、事務局に確認したいんですが、この計画というのは、令和2年度から4年度までの3年計画なのか、あるいは6年ごとに見直しとありましたけど、計画期間はいつからいつなんですか。

○久村課長 基本は6年の計画なんですけれども、第1期は3年ということになっております。

○河原委員 で、この3年、令和4年度が最終年としたら、医療計画とこれは合ってるんですか。細則は。

○久村課長 医療計画と整合取ることになってます。

令和5年までですね、第1期が令和3年から5年度までということになりますので。

○河原委員 じゃあ、資料3は間違いだったの。令和2年度から令和5年度。

○久村課長 それはごめんなさい。国の、多分、基本計画のほうだと思います。

○河原委員 ああ、そうですか。分かりました。

○久村課長 国の基本計画とは。

○河原委員 じゃあ、医療と整合性は取れてるということですね。

○久村課長 はい。整合取れてます。

○河原委員 はい。

それで、私の意見としましては、この種によく似た計画というのは、既に医療計画、

医療計画の5疾病の中に、心疾患、心血管疾患、それから脳卒中がございますよね。それから、健康増進計画であるプラン21の中でも、循環器疾患出てくるわけですが、その辺りとのすみ分けですよね。それが一番重要になってくると思います。

うまくやらないと、屋上屋重ねるような計画になる可能性が十分ありますので、この循環器病対策基本法に基づくこの計画は、こういう特色があるということ、ほかの類似の計画と、類似というか、隣接する計画とやはり何か違うものを見せないといけないと思いますので、そこが今後の議論を進める上で、ポイントかなと思います。

往々にして、いろんな計画ありますが、重なっている部分はそのまま引用したり、つぎはぎみたいな計画になることがよくありますので、せっかく基本法に基づく循環器病対策が総合的にできる機会ですから、ぜひこの辺り注意していただきたいと思います。

それから、やはり、この討議基盤というか、討議する地域としては、地理的範囲としては、二次医療圏が基本になるんですか。これ、事務局に対してお伺いします。

○久村課長 急性期の部分になりますと、二次医療圏であったり、あるいはより広域にというところがあるかと思えますけども、逆に患者さんを地域で支えるということになりますと、区市町村レベルでの地域の取組というところになろうかと思えますので、その辺りも踏まえた全体的な取組になろうかと考えております。

○河原委員 はい。

くれぐれも、二次医療圏というのは全国的にも成立しない概念ですので、急性期から慢性期あるいは地域性に応じて、それぞれの単位で、医療圏というか、考えるべき圏域を設定していく必要があるのかなというふうに思っております。

それから、最近、計画だらけですよね。都の関係者、事務局の方、非常に仕事量が増えて、お気の毒に思いますが、医療計画が医療法に基づく計画で、健康増進計画であるプラン21が健康増進法に基づく計画、今回のこれは基本法に基づく計画、ほかにも、医療費適正化計画とか計画だらけで、本当に必要な行政、計画が目的化してしまっていて、本当に必要な事業とか施策がおろそかになっていると。これは東京都に限らず、東京都のことを言っているんじゃないかって、全国的にそうなんですよね。

ですから、くれぐれも、計画づくりが目的じゃなくて、計画の次にはその理念を実現すべく、施策体系とか事業計画、こちらが一番大事ですから、この計画の理念を達成すべく事業計画あるいは施策体系をきちっと事務局というか、それはもう東京都の責任になりますから、そちらのほうでやっていただきたいというふうに思っております。

ちなみに、医療計画も始まって35年ぐらいたっていますけど、何の効果もなかったんですよね、これ、極論になりますけど。病床規制があったと。過剰地域では病床ができないと。病院の新設ができないという規制があって、それが医療計画の成果と言う人がいますけど、これは、健康保険法によって医療計画で病床過剰地域に新設の病院をしようとした場合には、作ろうとした場合には、保険医療機関の指定を行わないことができると、この文句が脅しになってるわけで、だから、医療計画は何の効果があったかとい

うふうなことを、もう証明してるわけですよ。

だから、この計画も、くれぐれももうこれから何十年やるんか知りませんが、計画というのはいずれも且はあって、その間に十分に施策体系とか事業計画をきっちりして、事業を執行管理していく、そこまで考えた計画であっていただきたいというのが、私の希望です。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

行政のリクエストと言いますか、私、冒頭の挨拶のときに、提案をして実施できるまでというふうなお話をさせていただいたのは、まさにそこにあるというふうに私も思っていますので、どうかよろしくお願ひしたいと思ひます。

ありがとうございます。また、よろしくお願ひします。

続きまして、安保委員、よろしくお願ひします。

○安保委員 慈恵医大附属病院で副院長として働いている安保雅博と言ひます。

専門は、リハビリテーション医療です。

皆さんの治療とくに、急性期治療は、私どもリハビリテーション科医にとって、最近 t P A とか、血管内治療とか、非常に進んでいて恩恵を感じます。導入前に比べると少し障害が少なくなつてリハビリテーションを開始できる患者さんも多くなつてきたというふう感じています。

それと、最近、理学療法士、作業療法士や言語聴覚士の数も増え、リハビリテーション病院の数も増えてきましたので、他県に比べると、東京都はリハビリテーション医療に関してはよい方向に行つているかと思ひます。

しかしながら、急性期とか回復期は、訓練士一人に対して、患者さん一人というのが当たり前です。なので、診療報酬においても時間的制約や期間の制約などがあるので、医療保険の中でできる訓練というのは限られているというのが、現状です。

なので、再発予防を含めて、介護保険のリハビリテーション医療というのが非常に重要になってきています。よつて、私はこの協議会で、一番力を入れたいと思ひるのは、開業医の先生方や生活期を支えている病院や施設と協力して、介護保険のリハビリテーション医療に食育を含めた環境調整をおこないながら、底上げを是非ともしたいと思ひています。そこに、尽力をしたいというふうが一番感じています。

あと、大学からよく障害者を社会復帰させます。かなり障害が重くても、企業の障害者雇用の率が上がったので、以前よりは可能になる場合がおおくなりました。しかしながら、大学を始め回復期や生活期から社会復帰する人も多いですが、なかなかうまくいかないケースがあるのも現状です。ジョブ・コーチみたいなシステムをうまく運用し、社会復帰をサポートすることに対しても尽力をしたいと思ひています。

なので、二つのことをしっかりとやりたいと思ひています。介護保険のリハビリテーション医療の底上げをするということと、障害者を社会復帰のサポートの調整をするこ

とです。どうぞよろしく申し上げます。

○横田会長 ありがとうございます。

安保委員は、私と一緒に国の基本計画作成にかかわりました。安保委員の今のご発言が、19ページのところに反映されてるんですね。医療と介護の切れ目で切れ目のないリハビリテーションというようところが記載され、今まさにおっしゃったところだと思います。

それから、社会復帰に向けての広い意味でのリハビリ、支援、これはぜひ必要だと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

ありがとうございます。

それでは、迫村委員、ご参加でしょうか。すみません。よろしくお願ひします。

○迫村委員 迫村と申します

新宿区で「さこむら内科」という開業医をやっております。よろしくお願ひいたします。

私がこの協議会に招かれた理由を考えてみました。

私自身の個人的なお話をすれば、昭和59年卒業で信州大学を卒業し、医師になって最初の20年間は主に東京女子医大の循環器内科におりまして、急性期病院医療をやっておりました。平成15年に父親が亡くなったものですから、残りの今17年ぐらい、地域医療のほうをやっていくということでありまして。現在は新宿区医師会あるいは東京都医師会で、在宅関係の仕事をさせていただいています。

ですので、お話があったような時系列で、循環器疾患患者の急性期から回復期、慢性期という辺りを自分の医者人生の中である程度俯瞰的に見ながらやっているように思います。

循環器疾患は急性期医療の塊のような科です。毎年のように新しい治療や診断の技術が現れます。

急性期医療の面では東京都は医療のリソースが充実していますので、とても恵まれた地域だと思います。ただ東京都の中でも最初にお話のあった島しょ部とか西多摩地域などと比較すると、医療資源の偏在はあり、そうした地域まで急性期医療が行き届くのか。そのところは気にはなりますけれども、総体として東京都は恵まれています。

急性期病院から離れ開業医になりますと、例えば認知症の患者やがん末期の患者など循環器内科医の時には自分で診療しなかった患者さんと地域でたくさん向き合うこととなります。必要に迫られてにわかに勉強していくわけですが、その中で先ほど計画にもありました「多職種連携」とか「ICT活用」などをキーワードに、いろいろネットワークを作りながら地域で患者を支えていくということが非常に重要であると身をもって感じられます。

高齢化社会に伴い慢性心不全が在宅高齢者にとっても多いということも実感しています。新宿区医師会の在宅ケア委員会担当理事のとき、3年前、訪看st.、ケアマネ、地域の

理学療法士など多職種を集めて「新宿心不全丸ごとケア体制整備」という会議体を行いました。地域の多職種は高齢心不全ということに関しまとまって勉強したことはなく、まず知識の共有を図りました。訪問看護やリハビリ職種は、病院循環器の医師と接する機会はほとんどなく、顔の見える関係はありませんでした。ワールドカフェという形でお互いにグループワークを行い、直接顔合せて話し合うような機会を持ちました。お互いが理解することにより、地域と急性期病院との連携に形ができていく可能性を実感しています。そういう経験も含めて、この協議会の中で皆さんと相談しながら、循環器疾患を抱える患者さんに寄り添える形を地域の中でつくっていければ幸いです。今後ともよろしく願いいたします。

○横田会長 ありがとうございます。

迫村委員におかれましては、この協議会の事前の検討会において、地域の医師会と大学病院の連携というふうな視点から、様々な意見を頂戴しました。皆様の資料の、参考資料の1-5にその中の意見が反映されていると思います。

迫村先生、どうもありがとうございます。よろしく申し上げます。

続きまして、三浦委員。よろしく申し上げます。

○三浦委員 よろしく願いいたします。

私、東京都立小児総合医療センターで副院長をしております、三浦でございます。

今日ご参加の中で唯一の小児科医という立場から、三つ、お話をしたいと思います。

第1に、先ほど来、高山先生や清水先生等々、皆さんおっしゃっていたように、学校教育ですね。子どもの頃からこの循環器疾患の教育をするということですが、既に、私が理事をしております小児循環器学会は、一部の施設において、学校教育、例えば心肺蘇生であるとか、命の大切さというようなことを教えてまいりましたので、このシステムをぜひ活用していただいて、学校教育に協力をしていきたいというふうに思っております。

二つ目は、後ほど親の会の川口様からもお話があると思いますが、成人先天性心疾患、生まれつきの先天性心疾患が今、我々の努力でかなり助かるようになって、中には重症の患者さんもいるんですけれども、これを単に内科の先生にぼんと転院転科させると、なかなかうまくいかないんですね。

そこで、本人にしっかり教育をして、自立を促して、段階を踏んで転院転科をすると。これを移行と呼んでおりますけれども、今循環器疾患を大変モデルケースとして、小児慢性疾病全般に福祉保健局の少子対策課の方と進めているところでございますので、ぜひこれにも取り組んでいきたいと思っております。

最後三つ目は、学校心臓検診という、心電図検診という、これ、先進国でなかなか珍しい制度を日本持っていて、突然死予防に役に立っているわけなんですけれども、ここにできたら高血圧であるとか、肥満であるとかというようなものを取り込むといいのではないかなと思っています。

一部の地域ではそういうの行われていますが、東京都はたくさん学校ございますので、取り入れるとなると非常に予算もかかってきます。

これは何年かかけて検討していくというようなことでよろしいかと思っています。

ぜひ皆様と一緒に子どもたちあるいは子どもの病気を持って大人になるお子様の、循環器の、よい人生が送れるようなことを取り組んでいきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

学校教育の重要性と、先天性心疾患への対応、それから検診の重要性についても強調していただきました。

ありがとうございます。

それでは、次には、今度は患者さん側の立場の委員からのお話をいただきたいと思っております。

まず最初に、川勝委員、よろしくお願ひします。

○川勝委員 皆さん、こんにちは。聞こえますでしょうか。

○横田会長 はい。聞こえます。

○川勝委員 はい。よろしくお願ひします。

私、川勝弘之と申します。公益社団法人日本脳卒中協会副理事長を務めさせていただいております。さらに、国の計画をつくりました循環器病対策推進協議会の委員もさせていただきましました。

私、16年前になりますけども、48歳で脳梗塞になりました。患者として半身まひで、約二、三か月ですけども、治療、リハビリの後、保険会社に復帰いたしました。

当時、私拠点長、副社長やってまして、大変な思いをしたんですけど、その後自分の経験を基にしまして、社内それから社外で啓発セミナー、公開講座をやっています。

これまで、公開講座の講師は360回、受講者2万5,000名を超えました。

私の信条は、脳卒中にならない人を増やしたいという思いでありまして、その思いを基に各地でお話をしました。

多くの方からアンケートで意見を頂戴しました。何がよかったのかって書いてありました。私たちが知りたかったことが話していただいたということで、何が知りたかったのか。一般の市民はですね。発症するときにはどんなことが起きるのか分からなかったけども、それが学べた。要は、どんなことが起きるのかというのは、なかなかお医者さんでは話しにくい。つまり、残念ながら、お医者さんは脳梗塞になられたことがないですから、微妙なところがお伝えしにくいところを私がカバーした。かつ、もう一つ、発症時にどう対応していいのかということも教えてもらえたということで、各地で好評を得ました。

私の話を聞いてくださったおかげで、すぐに119番通報をして助かった方は何名か

出てきてるんですね。やはり啓発活動というのは大事だということで、それを、私今日本脳卒中協会のメインで行っています。

つまり、病院に行けば助かる体制は順次強化されています。皆様方のかかりつけのお医者さんにも相談されたら、すぐ、じゃあ、病院に行きなさい、救急車呼びなさいって言えば、患者さん動くわけですね。ですから、1分でも早く、様子見をしないで、患者とか家族がどうやってすぐ行けるのかということですね。そこの心が変わるところがポイントなんですね。

残念ながら、患者さんは病院にあまり行きたいと思っていないです。これは事実であります。病気だと言われたくないんですね。でも、実際、脳卒中とか、例えば心筋梗塞とかいう病気になっても様子見をする方、多数いらっしゃいます。で、これはやっぱりまずいわけですよ。

ですから、今回、私、国の協議会でもお話ししたんですけど、やはり何が起きて、すぐに対応するには、どういう対策するんだということを啓発しなきゃいけない。

学校教育もいいんですけども、今の成人にも対して、これをきちんと伝えないと、多分すぐ様子見をしてしまうんですね。

ですから、今回、この都の協議会では、具体的に何を啓発するのか、どう、何を通じて、というのを重点的に検討していただきたいなど。

実際、国の計画には、SNSだけでは駄目だから、マスメディアということも入れてもらいました。マスメディアとも連携という言葉が入っております。これはなかなか画期的なことだと自分自身思っているんですけど、やはりその私たちがホームページ、都のホームページとか、SNSだけで人が動くと思ったら大間違いでありまして、やはりマスメディアをもっと上手に使って啓発を進めることが大事だと思ってまして、それを実現に向けて、この協議会でお話をぜひしていただければと思います。

以上です。よろしくお願いします。

○横田会長 ありがとうございます。

ご自身の経験を踏まえて、どのように啓発活動をしていけばいいのかというふうな視点からのお話でした。

ありがとうございます。よろしくお願いします。

○川勝委員 よろしく申し上げます。

○横田会長 はい。

続きまして、村林委員、よろしくお願いします。

○村林委員 はい。聞こえますでしょうか。

○横田会長 はい。聞こえます。

○村林委員 はい。ありがとうございます。

日本心臓ペースメーカー友の会東京支部長をしております村林と申します。よろしくお願いいたします。

私、循環器の先生方にお世話になっているほうでございまして、ペースメーカーを植込みましてから18年になります。

それと、東京の支部長をやっております、十数年やっております、ちょっとお話外れちゃうのかもしれないんですけども、気になっていることがございまして、それはそういう勉強会とかあるいは懇親会みたいところで、いろいろ、どういう経過でペースメーカーを入れるようになったのという話はよく会員から聞くんですけども、そのときに、意外と、循環器の先生のところに行かれなかった人というのは、結構多いんですね。

何がって、もちろん、健康診断や何かで心臓のことを指摘されて病院に行けば、循環器の先生にかかるんですけど、そういう方は大体そういうところは健康で、まずめまいとか、あるいは失神ですね、そういうことで病院にかかるんですけども、そのときに大体どういう経過を取るかというと、まず循環器じゃなくて耳鼻科に行く方が多いんですね。耳鼻科でいろいろ検査をして、耳鼻科で何でもないよということになると、脳神経外科に行くと。MRI取ったり、いろいろやって、その結果、なかなか心臓に結びつかないんですね、失神と。

それがすみません、そのために、何とか、心臓。ひどい例で行くと、MRI検査や何かした後で、てんかんと診断されちゃった人がいるんですね。それで、非常に、てんかんの薬を飲まされて、もちろんてんかんじゃなかったものですから、非常に薬の副作用で苦しんでしまったというようなひどい例もありまして、何とかそういう病気、例えば耳鼻科の先生方に、失神や何か起きたときに、心臓のことをちょっと疑っていただけるといふようなそういうような横の連絡と言いますか、先生方も今かなりいろんなものが細分化されて、専門化されてますので、なかなか難しいのかもしれませんが、患者はともかく失神とめまいがあったら取りあえず医者に行くんだけれども、そこからやっばりできれば早めに心臓に行き着いていただきたいわけです。

つまり、そうしないと、失神で大きな事故に遭う可能性もありますし、突然死の例もありますので、何とかそういう横の連携を取っていただけたらありがたいなとちょっと考えております。

以上です。ありがとうございました。

○横田会長 ありがとうございます。

まず、専門医のかかり方、あるいはそのドクター側の課題に関しても、ご意見を頂戴しました。

これもまた後で、関係団体のほうからお話があると思いますので、またよろしく願いします。ありがとうございました。

続きまして、川口委員、よろしく願います。ミュートになってます。

○川口委員 大丈夫でしょうか。

○横田会長 はい。聞こえます。

○川口委員 よろしくお願ひいたします。

リモート会議の経験がほとんどありませんので、とても緊張しております。東京たま心臓病の子どもを守る会会長川口和子です。

守る会は、先天性心疾患児者と家族の会で、北海道から沖縄まで支部を持つ全国組織です。

私は、東京多摩エリアの会長をしており、主に多摩市町村で活動しております。

先天性心疾患の治療や手術は、どの施設でも出来るわけではありません。

その中で私たちの地域エリアでは、東京都立小児総合医療センターと榊原記念病院があり、日頃からとても環境に恵まれています。

施設がしっかりしているところで手術ができるということは、とても安心した生活を過ごすことができます。

2施設には、近郊のみでなく全国から入院、通院をされている方がたくさんいらっしゃいます。

先ほどご発言された三浦先生、高山先生には、長年大変お世話になっており、いつも感謝しております。

循環器病対策基本法に向けては、循環器科の先生方を中心にご努力されていることは伺っていましたが、当初は予防対策法と言われていましたのであまり期待はできませんでした。

しかし、基本計画案の項目に先天性心疾患児者の対策を明記いただけたことを知り喜びしかありません。本当にありがとうございます。

患者会として、全国の守る会が協力して行きたいという気持ちでおりますので、循環器科の先生方、多職種の先生方にご理解いただけますよう頑張ったいと思ひます。

三浦先生のお話にありましたように、現在は小さな命がたくさん延命できる時代になりました。

以前は、フォンタン手術の条件が体重10kgという時代から現在は1歳から3歳で手術が可能の時代になり成人するのは当たり前になってきました。

小児の時に諸々の手術を何度も繰り返したり、心疾患以外でも入院、治療と常に通院は欠かせない病児も成人になることが出来ています。親から見ても、すごいなと思うくらい頑張り屋さんです。

最近は特に心疾患だけでなく発達障害、知的障害、精神障害、難聴、染色体異常等心臓以外の疾患を持って成人されている方も多くなりました。

先ほど有賀先生のお話で、その方の人生を共有する、人生をサポートする、広いチーム医療が必要とお話されたかと思ひます。

多職種でのチーム医療体制をしっかりと基本計画に組み込んで実行していただきたいと心から願ひ参加させていただいています。

私自身は、年齢的に終活を始めたところですが、現実には実効性のある計画となるよう努力して見届けたいと思います。

どうぞよろしくお願いいたします。

○横田会長 ありがとうございます。

患者さん、そしてそれを支える家族でしか分からないようなところ、困っているところというのはたくさんあると思うので、そのような視点からアドバイスをいただきたいというふうに思います。

ありがとうございます。

○川口委員 ありがとうございます。

○横田会長 続きまして、加島委員、よろしくお願いいたします。

○加島委員 東京都の国保連合会の専務理事をしております、加島と申します。

今日は、場所の都合で、都庁のほうから参加させていただいております。

国保連合会は、レセプトデータという膨大な診療データを持っていますので、それを基にして、国保保険者の健康づくり、保健事業にお手伝いをしてるところでございます。

また、私は保険者協議会の会長もやっておりますので、ほかの健康保険組合とか、協会けんぽ、共済組合等とも力を合わせながら、健康づくりの面でいろいろ情報交換してるところでございます。

近年、糖尿病に関しては、重症化予防ということで、かなり成果を上げてきております。

次の段階として、やはり循環器の重症化予防というのが必要なのかなというふうに思っております。それについては、循環器のほうは糖尿病よりも医療費が高いとか、そういう面もありますし、また、それをやるに当たってのバリアというのが、一つは特定健康診査というのが、特定健診をやっているんですが、心電図が必須項目でなくて、詳細項目になって、なかなか先生のほうも選んでもらえないので、心電図まで行き着く人が少ないとか、また糖尿病の重症化予防について、政府がかなり力を入れているということもあって、ヘルスアップ事業の対象になっていると、補助金が出るということで、各区市町村さんかなり力を入れてるんで、その辺をある程度、国に、基本計画を立てたわけですから、要望していくのが必要なのかなというふうに思います。

それから、うちのほうはかなりのそのレセプトのデータがあるんで、今回、コロナの影響かどうか分からないんですが、治療中断ケースというのがかなりKDBと言って、国保データベースシステムからデータが取れます。糖尿病については全国レベルでいくと何十万人という人がやはり治療中断してるという、個別の方も分かるわけですね。

そういうのを、先ほどから出ておりますけども、その循環器についても資料を使ってやっていくことも必要なのかなと思った次第です。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

支払機関のほうの視点からで、レセプトデータからも様々な問題点というのが出てくるのではないかというお話でした。

よろしく願います。ありがとうございました。

続きまして、関係団体、まず、新井委員、よろしく願います。

○新井委員 新井です。よろしく願います。聞こえますか。

○横田会長 はい、聞こえます。

○新井委員 はい。私は東京都医師会の理事なんですけど、専門は心臓血管外科です。

地方の基幹病院にいたものですから、先天性心疾患から冠動脈、大動脈疾患、弁膜症と何でもやらなきゃいけない立場だったんですけども、今日はそういう立場ではなくて、東京都医師会の立場で、ちょっとこの基本計画についてお話をさせていただきたいと思っています。

最初に、横田会長もおっしゃいましたし、それから、河原先生もおっしゃったんですけども、この計画、せつかく脳卒中、それから心臓大血管ということを統合して、計画を立てていくわけですから、あらかじめ資料の4-1でいろいろな協議会から意見を出されて、今後の方向性ということを網羅していただきましたけども、大体そこにほとんどのことが網羅されてると思うんですけども、やはり今後これを実効性のある計画としていくために、誰が、あるいはどの、誰がというのはどの団体と言ったらいいでしょうかね、そういうところが、この分野をどういうふうにやっていくかという、具体的な戦術まで書き込むような計画にすると、より実効性があるものと思ってます。

その中で、やはりこの国の基本計画、1、2、3と個別計画がありますけれども、その最後の3番目の研究推進というところですが、やはりそこ、疫学研究もきちんとやって、この国の資料3でしたかね、一番下に書かれていますけども、PDCAサイクルをきちんと回すということにしないと、せつかくここまで協議会をつくってやることの意味というのが薄れてしまうのかというふうに考えてます。

それから、東京都医師会として、去年オリンピックがあるはずだったのが、今年になってしまいましたけども、東京都医師会のオリンピックでのレガシーというのが、やはりスポーツを通しての健康推進というのをレガシーの一つに入れてました。

スポーツ庁の長官であった前の鈴木大地さん、東京都医師会に来られて話をしてたんですけども、やはり最近、若者のスポーツ離れというのがあって、スポーツ庁としては、決してエリートのアスリートばかりを作るのが目的ではなくて、国民全体にやはりスポーツになじんでもらって、それで健康増進をしてもらおうというそういったことを考えていたりということですけども、なかなか最近若者のスポーツ離れが進んでしまっているということをおっしゃってましたけども、そういった面からも、この推進計画の中にこれを入れていただくといいのかなというふうに東京都医師会の立場としては考えます。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

河原委員もおっしゃった、実効性のある計画というところを強調していただき、それには戦術まで書き込むべきだというお話、非常に大切だと思います。

あと、健康増進、それからスポーツの重要性に関しても、お話いただきました。

ありがとうございます。

続きまして、宮崎委員、よろしくお願いします。

○宮崎委員 宮崎です。聞こえてますでしょうか。

○横田会長 はい。聞こえてます。

○宮崎委員 私、東京都病院協会の常任理事の代表として、一応こちらに参加させていただいています。

病院は、東京北医療センターという、北区にあります343床の急性期病院で、管理者をやっております。診療科は、救急とか、外科とか、そういったのをやっております。循環器はちょっと畑違いなので、あくまでも救急病院、二次救急の病院の立場からということで、お話をさせていただきたいと思います。

まず、元になっている、今もう作られているもの、私も見させていただいたんですけど、ほとんど網羅されているというか、大体そんな感じなのかなということで、特に、意見などは書かせていただけなかったんですけど、あまり思いつかなかったんですけど、今までのいろんなお話を伺いまして、大体出尽くしてるなという感じはするんですけど、その中でも、ちょっと救急ということで、CCUネットワークと脳卒中選定ということでの救急搬送について、ちょっとお話をさせていただきますと、このエリアにおいて、CCUネットワークと脳卒中で受入れとか転院のことで困ったことは実際にはあんまりなくて、かなりやはり、この辺の東京都全体なのでしょうか、この辺のエリアを含めて、相当恵まれているなというふうな印象を持っております。

また、大動脈解離とか、そういった心臓血管外科関係の、当院は心臓血管外科がございませんので、循環器はカテやってますし、脳外は手術も血栓回収もやっているんですけど、心臓血管外科がないんですね。ないんですが、そういった方はちょくちょくいらっしやいます。その際に、転院先を探すのに困ったことはほとんどないです。

というわけで、本当に東京都、今、心臓血管外科、大動脈関係、あとカテーテル、そういったのは、恵まれているのではないかなというふうに印象として思っております。

ただ、その救急車のCCUネットワークとか、脳卒中の場合に、ちょくちょく問題になっているというか、話題に出るのは、CCUネットワークの選定とか脳血管、脳卒中の選定というふうに来て、我々、本物と言うんですかね、本当のCCUとか、本当の脳卒中の方がいらっしやる確率って実は結構少なくて、他の病気の救急患者がこういった選定として来られることが多い。

それはそれで対応できますので大丈夫なんですけど、ちょっと困ったのは、やはり、このコロナで、救急が逼迫している状態で、そういった方が増えてきた。すなわち、どう

ということかと言うと、なかなか受けてもらえないので、CCUとか脳卒中とかの選定になっているというふうなことがちょっと増えてきまして、そうすると、待機している循環器医師とか、脳外科医師とかが、やっぱり本当に受けていいのかなんていうふうなことがあって、ちょっと、だんだん哀傷になってきたなというふうなことがございますので、救急隊のその選定に関しては、もう一度見直していただいて、搬送のどれぐらいが実際にカテーテルになったのかとか、そういったことを含めて精度を上げていければいいかなというふうに思って聞いていました。

あと、もう一つ、この回復期とかに、例の横串の連携なんですけど、これは本当に非常に大事だと思ってます。救急病院はもうベッド逼迫してまして、この回復期とかになった状況の患者さんはどんどんしかるべきところに転院できれば、もっと救急車の受入れとかができますので、そういったことがうまく構築できればいいかなと思っております。

あと、最後に、心不全の方がちょくちょくいらっしゃいます、同じ方がですね。それは聞いていて、うちでも問題だな、問題と言うか、そのどうしていいかと。要するに、いわゆる最近の言葉ではACPですね。どこまで、どの辺までやったらいいのかというふうなこと、やはり、この辺のところは、常に問題になっております。話題に出ますし。何もない方はもちろんフルでやりますけど、そういったことも含めて、検討していただければなと思っております。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

救急隊の教育、それから最後、ACPの話までいただきました。ありがとうございます。

いずれも、キーワードとして、この基本計画にはありますし、救急隊の教育、メディカル・コントロールも含めて、法律のたしか12条（後述で13条2項に訂正）にも記載されています。

ですから、今のご発言のところというのは、非常に大切な部分だと思います。

事務局が作っていただいた資料の4-1の2-②のところの「今後の方向性」のところの一番下のところに、救急救命士、救急隊に対する研修の充実というのは、宮崎委員が指摘した部分だというふうに私も理解しています。

ありがとうございました。

続きまして、渡邊委員、よろしく申し上げます。

○渡邊委員 東京都看護協会専務理事をしております渡邊と申します。どうぞよろしく申し上げます。

循環器病疾患は、生活習慣病の管理も含めて、その予防とそれから治療した後の慢性期、その先の維持期と、それから両立支援ということ、それが非常に重要だというふうに、その取組が重要だというふうに思っております。

そういうことをこの取組によって今後介護人口がどんどん増加していきますし、そういう、できるだけ介護度を悪化させない取組にもつながっていくために非常に必要なことだと思っています。

それから、参考の1-5にありました、事前検討会という資料に様々な現状、課題というのがもう既にたくさん上がっていますが、これらを全て取り組むことというのは大変なことだとは思いますが、難しいことだとは思いますが、ほかの先生も話していたように、実効性をとにかく持たせるためには、具体的な数値目標と言いますか、指標と言いますか、そういうものをきちんと決めて、しっかりとその取組をモニタリングをしていく必要があるのかなというふうに思っています。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

やはり、実効性のある計画、具体的な数値目標というところですね。

ありがとうございます。すごく大切な視点だと思います。

それでは、関係行政機関ということで、本来であれば岡本委員ですが、今日は代理の瀧澤様、よろしくお願ひします。

○瀧澤氏（岡本委員代理） 東京消防庁の救急医務課長の瀧澤でございます。

○横田会長 よろしくお願ひします。

○瀧澤氏（岡本委員代理） すみません。本協議会に招聘いただいたということは、急性期の循環器患者の対応なのかなと初め思っていました、今話を聞いているうちに、我々の対象とする患者さんよりかなり広いところに行っています。

超急性期から慢性期までということで、地域で療養されている方も多く搬送しています。

特に今問題となっていますのは、高齢者における在宅療養における選定困難例、つまり、救急車を要請されて、搬送先が5病院もしくは20分以上決まらないというのが、その原因のトップになっています。

ということを含めて、我々が担当するところにも多くの問題があると思っております。

また、先ほど、委員からも指摘がありましたように、救急隊の超急性期の選定がなっていないよという話、ございましたけれども、それらのところについてもまた考えていきたいと思っております。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

先ほど、救急隊の教育に関しては、私12条と申し上げちゃったんですが、13条の2項ですね。国及び地方公共団体は、救急救命士及び救急隊員が、傷病者の搬送に当たって、当該傷病者について循環器病を発症した疑いがあるかどうかを判断し、適切な処置を行うことができるよう、救急救命士及び救急隊員に対する研修の機会の確保その他の必要な施策を講ずるものとする。このように書かれている。そういう中での、先ほど、

宮崎委員のコメント、それから今瀧澤様のお話でした。

ありがとうございます。

それでは、次に、高木委員、よろしく申し上げます。

- 高木委員　・・・はい。・・・した・・・本日は、・・・施策や取組をお示しいただいたところでございますが、私ども行政機関といたしましては、予防や早期発見の取組としての特定健診、保健指導、あるいは啓発、相談機能といったところが主な役割になるのかなと思っているところでございますけども、その辺りは従前から循環器病に限らず、多くの事業を区としては実施をしているところでございます。心電図も特定健診の項目に含めて実施はしているんですけども、市町村個々はご存じかと思いますが、大変受診率については苦戦をしているところでございます。また、国保の加入率、世帯加入率自体も年々減少傾向にありまして、今現在、区では約4分の1程度しか国保の加入世帯ございませんので、社会保険、共済の方については、区のほうではそういった部分で関与できないということもありまして、その辺りはどういうふうにしていくべきなのか、東京都のほうでも、計画の中で、区市町村への支援を実施していただくような方向性を示していただいているんですけども、どのようにするのが受診率の向上につながるのかというのが、今考えているところでございます。

また、啓発についてもですけども、今回のコロナもございまして、従来のやり方はもうなかなか実施が難しいと。また、YouTubeなどを使って、ウェブの啓発媒体などのお話も先ほどの部分のところでもございますけども、そういったものは関心のある方にしか、なかなかメッセージが届かなくて、区のほうで自治体で、いろいろ、できる限りあの手この手でやっても、先ほどどなたかご意見もありましたけど、例えば、がん検診なんかも区のほうの啓発媒体には全然反応がなくても、芸能人ががんにかかれたというような報道が流れると問合せが一斉に来ると。そういったような状況もありますので、やはりそういったメディアの活用というのも非常に大切なのかなと思っております。

また、相談支援についても、地域で行政機関が関わるとなると、その方の生活に寄り添った形での支援をしていかなくてはいけないと思うんですけども、やはり昨今、この循環器病だけでなく、様々な公的な、例えば、たばこの問題であるとか、経済的問題だとか、職場環境などとか、そういった課題を抱えてらっしゃる方も多いですので、その辺りもどのように取り組んでいけばいいのかなと。

本日、様々な立場の委員さんからのご意見をお伺いしながら、この計画を実行性のあるものにするためには本当どうしたらいいのかと思いつつ、お伺いしております。

よろしく願いいたします。

- 横田会長　ありがとうございました。

本当に社会が変わっていく中で、その行政としての支援、サポートの在り方というのも非常に問われている、難しくなっているという話ですよ。

確かに、価値観が多様化している中で、どのように行政が支援していくかというのは、本当に難しいというふうに思います。

ありがとうございました。

また、委員の中で、その部分というのは議論していきたいというふうに思います。

ありがとうございました。

続きまして、小堀委員、よろしく申し上げます。

○小堀委員 聞こえますでしょうか。

○横田会長 はい。聞こえます。

○小堀委員 私、行政という立場から、多摩26市の福祉保健主管を代表してということで、作業をさせていただいております。

循環器病の多くは運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症するということが、また、加齢とともに増加する傾向があるということで、私、市だけでなく、基礎自治体として、いわゆる健康寿命の延伸ですとか、医療費の削減という観点から、様々な保険福祉施策あるいはスポーツ施策などを展開してきております。

一番の基礎自治体の役割とすれば、普及啓発ということなんだろうと思いますけれども、特定健診、いわゆる特定保健指導、これらを受けやすくする環境づくりというのが非常に大切になってまいります。

オンラインによる相談事業を取り入れようとか、そういったことも、市の総合計画の中に書き込んだりもしています。

さらには、もっと大きなテーマでございますけれども、地域包括ケアシステムの構築ということがございます。資料にもありましたけれども、在宅医療介護連携の場をはじめとした多職種連携、もちろんそこではICTを活用してということになりますけれども、そんなことにも我が市だけでなく、どこの自治体も鋭意取り組んでいるということでございます。

先ほど、普及啓発についてお話がございましたけれども、お住まいの役所から届く広報、なかなか目を通される方も多くないんじゃないかなと思います。また、ホームページなんかも、先ほどどなたかおっしゃってましたが、関心がある人でないと主体的に見にいかないということがございますので、どういった普及啓発が効果的であるのかということをもうちょっと考えながら、参加をさせていただきたいなというふうに思っております。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

○横田会長 ありがとうございました。

先ほど、高木委員がおっしゃられたようなところと共通する場面も多々あったというふうに思います。

その中で、地域包括ケアの中の多職種連携だとか、普及啓発のいわゆるノウハウとい

うか、やり方ですよね。確かに非常に難しいというふうに思います。

ありがとうございました。

それでは、最後に、先ほども少し議論が出ましたけれども、島しょの保健所長の立場から、木村委員、よろしく申し上げます。

○木村委員 よろしくお願いたします。聞こえますでしょうか。

○横田会長 聞こえます。

○木村委員 では、島しょ保健所の立場から、あともう1点は私長らく人口動態の調査につきまして研究してまいりましたので、この2点からお話しさせていただきたいと思えます。

島しょにおきましては、11の離島、9町村、島々があるんですけれども、その中で自宅での死亡された中の、それなりの割合の方がやはり突然死。その突然死の原因としては、一番やはり心筋梗塞等が多いところです。

一方、島しょにおきましては、急患体制ということで、24時間の救急体制を取っておりまして、島しょの医療機関で患者が発生して、その医療機関で見れないときに、東京消防庁のヘリコプターや小笠原の場合は自衛隊を、あるいは海上保安庁で、航空機で来ていただいて、運んでいます。

ただ、小笠原の場合には、大体往復10時間程度かかりますし、大島ですと、往復の中で2時間弱ぐらいでは来れる状況です。

それで、その急患の中でも、やはり一番多いのが、循環器系の病気で、10年ほど前はその病気のあれが変わってきているということの中で、いわゆる脳卒中等の脳血管障害が多かったんですけれども、現在は心疾患、その中でもやはり心筋梗塞等が多いところです。急患が大体年間200件前後、島しょ全体、今大体人口が2万もうちょっと全部にいるんですけれども、その中で年間200件前後、そういう航空機で運んでもらっているところで、そのうちの約4割が循環器疾患で、その中で一番多いのが心筋梗塞等の心臓疾患です。それが大体4割ぐらいというところです。

先ほどの話に戻りますけど、そうやって救急で、主には4分の3ほどは広尾病院のほうで見ていただいているんですけれども、ほかの病院のところで救急を受けていただいているときもあります。

ただ、そういう一番多い救急患者としての心筋梗塞とか、いわゆる循環器疾患ですけれども、お話を戻りまして、そういう自宅死亡の中で突然死されるのはやはりそういう循環器の方です。

それを見ますと、やはり先ほどからお話もありましたけど、救急で運ばれる方も多いんだと思うんですけれども、その一旦治療されて、在宅に戻った後、そういう循環器疾患につきまして、フォローをどうしていくかということにつきましては、やはり病院の先生方とこちらの島しょの医療の先生方と連携だったりとか、それを支える、在宅療養を支えるいわゆる介護体制、看護体制というのがやっぱり必要なのかなと思いますし、

そこら辺の連携がなくしては、やはりそういう最終的に、場合によっては、自宅でそういう突然死ということがあり得るのかなというふうに思います。

島しょにつきましては、それで、そういうやはり連携が大切なのかなというところですか。

それから、区にいたこともありますので、その中で今23区の中では急性の死亡とか、いわゆる事故死等に関しましては、東京監察医務院で検案、解剖やっていますけれど、要は東京の23区の中で約6人にお一人がそういう検案あるいはその中で解剖を受けていらっしゃる状態です。

その6人にお一人ですけれども、7割近くはいわゆる病死ですけれども、その7割の病死の中の約7割ぐらいがやはり心筋梗塞を中心とした突然死の患者さんです。

そういう状況なので、じゃあ、そういう方が本当に健診を受けていたのかなとか、どういう生活を送っていたのかなということがありまして、非常にその孤独死ということが疑われているところです。

そういう意味では、もしかしたら健診を受けていないんじゃないか、あと、そういう生活の中で非常に生活習慣の見直しとかそういうのが難しい方たちが中心となって、そういう突然死あるいは孤独死という形で今6人にお一人という、大変、数としては多い方が都心部と言うか、都会の中では亡くなっていらっしゃる状況があります。

そういう方たちを今後どうしたらいいのかということとは、やっぱりちょっと二極化しているのかなというふうに思います。

一方で、高齢、加齢とともに起こってくる心不全のフォローの問題と、やはり、なかなかそこに至る前に健診をきちっと受けることもなく、突然死で心筋梗塞で死んでしまうというようなそういう方たちと、ちょっと二極化しているように思いますので、そこら辺をどうやって、ちょっと違う対策で行わないと難しいのかなというふうに思っているところです。

長くなりました。以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

島しょ、それから区も含めてお話しいただきました。突然死の中には一定の割合で防ぎ得る、防ぎ得たろうというふうな突然死も含まれるのではというお話でもあるのでしょうか。

○木村委員 監察医務医の報告を見ますと、いわゆる突然死の6人にお一人ぐらいの方が病死が7割ぐらいなんですけど、病死の中のそのまた7割ぐらいはいわゆる循環器疾患で、その循環器疾患の中で一番多いのは心筋梗塞等と言うか、いわゆる心臓に関連するそういう疾患です。

ですから、その方たちがきちっとした生活習慣の見直しとか、検診とか、そういう見直す機会も含めてあったならば、防ぎ得たのかもしれないかなというの思います。

ただ、なかなか、そこが多分そういうところにたどり着かない方たちがそういう状況

になっているのかなというところがありまして、今そういう意味で、貧困層というのか、あるいは検診を受けられない、いわゆる非正規雇用の人も増えているし、特に若者では、3割ぐらいが非正規雇用というふうにも言われている中では、今後何かそういう方たちが増えていく可能性も高いので、そういう人たちをどうやって支えていくかというところの中では、もちろん、医療という点が大変大切なんですけど、そこに福祉というところを入れないと、そういう救えない部分もあるんじゃないのかなというふうに思うところです。

○横田会長 分かりました。

その島しょの部分に話を戻しますが、島しょの中で、もしかしたら、区部であったら、あるいは多摩地区であったら助かったかもしれない患者さんというのは、もしかしたらいるかもしれないということでしょうか。

○木村委員 それはちょっと分からないんですけど、ただですね。

○横田会長 そうですか。もし、それが分かったらすごく大切なことなのかなと思って伺いました。ありがとうございます。

○木村委員 確かに、ちょっと医療体制の中で、なかなか全部に行き届かないところもありますので、難しいところとできるところと両方あるのかなというふうに思います。

○横田会長 はい。すみません。ありがとうございます。

それぞれの委員の皆さんに意見をお話しいただきました。ありがとうございます。

時間も非常に限られてるんですけども、何か言い足りなかった部分とかというようなところ、ございますか。

高山委員が手挙がっているんでしょうか。では、手短に、お願いします。高山委員、どうぞ。

○高山委員 解除しようとしてるんですが。

○横田会長 はい。どうぞ。聞こえます。

○高山委員 聞こえますか。

○横田会長 大丈夫です。聞こえなくなっちゃった。ミュートになっています。何か、途切れ途切れですね。

○高山委員 ほかにもし発言される方……。

○横田会長 ちょっと今声が途切れ、聞こえなくなります。

○高山委員 これでどうでしょうか。

○横田会長 今は聞こえてます。

○高山委員 これでいかがですか。

○横田会長 どうぞ、お願いします。

○高山委員 はい。

この循環器病ということ、脳卒中をもちろん含めてですが、ぜひともこの患者さんの集計をきちんとやっていただきたいという。集計登録調査、これが非常に大事だと思い

ます。

私ども、東京都のCCUネットワーク、73の病院が協力して、年間約2万人の患者さんの急性心血管疾患の集計と登録をしております。

そうしますと、その結果から患者さんの動向が分かりますし、心不全が増えてきてる、どういう年代が増えてきてるかとか、それから、実際患者さんの発症から救急車呼ぶ時間、それから病院に運ばれるまで何分かかっているかとか、こういったものを全部、データ、東京消防庁と協力して取れておりまして、その集計データから治療をきちんとしてきて、死亡率の改善にどのようにつながっているかということ、我々の組織の中では学術委員会という組織を作って、50人ぐらいの東京中の先生たちが自分の興味のある範囲を協力して、解析して、どういうふうにしたら早く治療ができて、成績の改善に結びつけられるかということ、たくさん発表し、きちっと英文論文にして出しております。

そして、それに応じて、いろんな改善をしております。

心不全にしても、世界で報告がないんですが、発症して46分以内に119番を呼ぶと、46分以後になった場合に比べて死亡率が大きく違うんですね。

こういうところは、やはり、こういうデータ解析から来ているんですね。

やはり、この目的の中に緊急ということが一つ入っています。

この臨床研究として、きちんとそういったものを出していくということが、やはり、東京は日本の中心でやはりこういった活動も日本全体をさらに先へ進めていくトップランナーとして務めていかなければいけないと思いますので、そういう点ではやはり、東京都として患者さんの集計登録ということ、ぜひともやっていただきたいというのを最後をお願いしたいです。

○横田会長 はい。ありがとうございます。

事務局から何かコメント、ございますでしょうか。

○久村課長 その辺りも含めまして、また引き続き議論、検討を進めたいと思います。

○高山委員 はい。ありがとうございます。

○横田会長 国の委員会でも、今高山先生が言われたところ、非常に議論がありました。

そこで話題になったのは、心不全どうするかというところでいつも壁に当たります。そこも含めての東京都の対応というのがあれば、本当にいいと思います。

ありがとうございます。

○高山委員 はい。

○横田会長 時間が大分迫ってきましたので、引き続いて、事務局のほうからよろしくお願いします。

○事務局（剣持） 資料5について、ご説明いたします。

今後、本計画策定に向けた検討を行うため、東京都循環器病対策推進協議会設置要綱第6の規定により、部会を設置していきたいと考えております。

委員は、同要綱に基づきまして、福祉保健局長が任命、部会長は同要綱に基づいて、座長と協議し、福祉保健局長の指名により選任したいと考えております。

事務局の説明は、以上になります。

○横田会長 ありがとうございます。

今事務局からご提案いただいたとおりですが、今後のその計画策定や、検討部会の設置に関しては、このようなことでよろしいでしょうか。

(異議なし)

○横田会長 はい。ありがとうございます。

ご賛同いただいたということで、それでは、委員及び部会長に関してはご一任をいただければと、このように思います。よろしく申し上げます。

本日予定した議事は以上ですけれども、何か皆さんのほうからはよろしいでしょうか。

(なし)

今後の予定も含めて、それでは、事務局のほうから、連絡事項があったらよろしく申し上げます。

○久村課長 本日は様々なご意見、貴重なご意見いただきまして、ありがとうございます。

今後、本日いただいたご意見も踏まえまして、今ご承認いただきました検討部会のほうで議論、検討を進め、また今度、協議会のほうにお諮りさせていただいて、ご議論いただければというふうに考えております。

なお、本日、まだ言い足りなかったこと、あるいは後からお気づきになられた点等ございましたら、事務局のほうにメールでご連絡いただければと思います。

申し訳ございません。最後になります。医療政策部長の矢沢より、一言ご挨拶を申し上げます。

○矢沢部長 先生方、遅い時間までありがとうございます。

医療政策部長の矢沢でございます。

今回、東京都で循環器の計画を立てるに当たりまして、循環器という大きなくくりの中で、様々な取組方法、例えば、救急という考え方、あるいはその後の回復期という考え方、それぞれの取組の方向性に沿って、縦横の関係の計画が立てられたらいいなと思っております。

今日いただいたご意見を、そうした形に、マトリックスにするよう、努力をします。それを踏まえて、改めてご検討いただければ幸いです。

今日はどうもありがとうございました。

○久村課長 それでは以上をもちまして、循環器病対策推進協議会を終了とさせていただきます。

改めまして、本日はどうもありがとうございました。

○横田会長 ありがとうございます。

(午後 7時57分閉会)