

東京都循環器病対策推進計画に関する意見（循環器病対策推進協議会）

個別施策	ご意見
<p>1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発</p>	<p>○特定健診の対象者は40歳からとなっているが、予防は若いころからの予防が大切である。「今後の方向性」に記載の、小児期からの循環器病に関する知識等の普及は、学校と連携が重要である。また、保険者においても、重症化の予防として若年層からの普及を行う必要がある。</p> <p>○小児期からの循環器病に関する知識等の普及啓発について検討日本小児循環器学会会員に依頼し、WEBも利用した学校での講義を計画している。（今後の方向性に追記してください）</p> <p>○スマート・ライフ・プロジェクトの取組を進め、企業・団体・自治体と協力・連携しながら健康に関する知識の普及啓発、とありますが、産学共同の事業もご検討ください。コロナで薄くなってしまいましたが、東京都もかなり推進していた喫煙の問題をもっと取り上げるべきかと思えます</p> <p>○今後の方向性に「○小児期からの循環器病に関する知識等の普及啓発について検討」とあるが、小児の循環器病ことを示すのか、知識などを小児期から普及啓発を図るのか不明瞭。後者であるなら「○循環器病に関する知識等を小児期から普及啓発することを検討」と修文してはどうか。</p> <p>○病気の知識、障害とからめて国民に伝えているでしょうか。“正しい知識”という視点からみて、循環器病と発症後の運動麻痺などを繋げて理解できているかという調査が必要ではないでしょうか。負のメッセージにならない範囲で、循環器病が心筋梗塞や脳梗塞の発症につながり、その後の障害が生活に大きく影響するというメッセージを示すことで、国民の健康意識をさらに高められるように感じます。</p>
<p>2. 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実</p>	
<p>2-① 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進</p>	<p>○特定健診では詳細な健診項目として心電図は、「当該年度の血管において収縮期血圧140mmHg以上もしくは拡張期血圧90mmHG又は問診などで不整脈が疑われる者」とされているが、心疾患、脳血管疾患の観点から受診者全員へ心電図を実施することが望まれる。</p> <p>○学校健診で高血圧と肥満児を検出するシステムについて、少数のモデル校での実施を検討する。</p> <p>○脳卒中の発症予測に関するスクリーニング</p> <p>脳MRI,MRA+頸動脈MRAをスクリーニング検査として施行すれば、脳卒中発症をかなりの率で予測し、投薬や手術、血管内治療によって対応することが可能です</p> <p>1：脳動脈瘤 重症の病型であるクモ膜下出血の原因となる脳動脈瘤（成人の約4.3%に発見）、</p> <p>2：脳主幹動脈の狭窄、閉塞 → 脳梗塞の予測 服薬による脳梗塞の予防</p> <p>3：頸部頸動脈狭窄 → 脳梗塞の予測と予防手術が可能</p> <p>さらに 頸動脈エコー、心電図（心房細動の有無による心原性脳塞栓）を追加すると脳梗塞の予防に貢献できます。東京はMRI、MRAの検査機関が充実しているので、（予算の問題はありますが）うまく運用すれば可能かもしれません</p> <p>○令和2年10月より法改正により可能となった医療介護のレセプトデータ連結による発症予防・重症化予防・医療介護費用分析に係る解析を分析に取り入れるべき。循環器病を予防する取り組みの目的が、特定健康診査・特定保健指導の実施率向上に留まるのではなく、適切な治療介入に繋がり生活習慣病の改善やADL/IADLの改善をエンドポイントにする必要がある。生活習慣病の重症化予防推進に関して、かかりつけ医や特定健康診査等の意義と重複する内容に関して、循環器病専門医としての役割を明確にする必要がある。</p>

個別施策	ご意見
2-② 救急搬送体制の整備	<p>○①法律の13条2項には国及び地方自治体は救急救命士及び救急隊員が傷病者の搬送にあたって当該傷病者が循環器病を発症した疑いがあるかを判断するための研修の確保その他必要な施策講ずるものとある。その部分（研修の確保や必要な施策）の記載が不十分。</p> <p>○脳卒中の搬送体制について</p> <p>1：心疾患の搬送体制はCCUネットワークが存在し、当番施設がよりはっきりするため、受入側施設の義務感や使命感が高まりますが、脳卒中の受け入れ体制は、各病院が脳卒中受け入れ端末のOn, Offに委ねられている状況です。このため受け入れに対する義務感や使命感が心疾患に比べてやや希薄になる傾向になると思います。脳卒中も現状より今一歩進めた受け入れのネットワーク化を進めたほうがよりスムーズな受け入れにつながると思います。</p> <p>2：脳梗塞に対する血栓回収療法に対応するために、脳卒中A,B端末に加えて、脳血管内治療の端末が追加されましたが、使用状況について検証する必要があると思います。端末画面で、この位置が脳卒中A,Bと離れた別ページにあるので、脳卒中Aの隣に配置し、さらに端末の使用状況を調査し、存在意義をあらためて周知することが必要だと思えます。</p> <p>○東京都の救急搬送体制、すなわち前方支援は、CCUネットワーク・急性大動脈スーパーネットワークなどで、地方などと比べ、すでに体制が大分整っています。日循の5カ年計画では、特に解離性大動脈瘤などの大動脈疾患患者の救急搬送体制の充実を、基本計画に盛り込むように推奨していますが、東京とはすでにかなりできています。</p>
2-③ 医療提供体制の構築	<p>○基本計画のP6に記載されているように循環器病は再発を引き起こすことが特徴である。その際、かかりつけの医療機関にできることはむしろ稀で、急性期の循環器病に対応できる医療機関へ搬送されることが通常である。その際、救急病院がかかりつけ医との情報の共有化をすることが質の高い循環器病への対応に必須である。このことは法律の第18条第1項にも記載されている。</p> <p>○現在、循環器領域では、高齢者、特に高齢女性における慢性心不全患者の急増(心不全パンデミック)が、最も大きな問題の一つとなっています。初回心不全を発症したのち、心不全入院を繰り返し、その都度状態が悪くなって終末期をむかえるのがパターンであり、脳卒中と共に、健康寿命の短縮の大きな一因となっています。</p> <p>このため、心不全急性期治療が終了したのち、回復期、心臓リハビリテーション、在宅医療も含めたシームレスな後方支援が、東京都の場合には、きわめて重要な課題であると思います。そのための体制づくりを。是非とも東京都の基本計画に盛り込んでいただければと思います。（④～⑤の施策にも関連）</p> <p>○この項目に外れるかもしれないが、病気の早期発見と早期治療の重要性は論を待たない。</p> <p>私たちの会では、心臓ペースメーカーの植込みにいたる経過を聞き取りしている。</p> <p>めまいや失神を訴えて病院へ行った場合、多くは耳鼻科に案内され検査の結果異常が無いと脳神経外科に回される。酷い例ではMRIと脳波の結果“てんかん”と診断され抗てんかん薬を処方されたが改善せず、失神を繰り返して救急搬送された。搬送先で偶然循環器の医師に会い徐脈が分り、即入院して手術を受け失神することは無くなったが抗てんかん薬の副作用で数年復職出来なかったという。</p> <p>聞き取りした人達は最終的には循環器科での治療により元気を取り戻したが、診断が遅れば失神による事故や突然死の可能性もあった。医療が高度化・専門化すると判断の範囲が狭まるのではないかと危惧する。このような人達が循環器の診察を早く受けられるような横の連携をお願いしたい。</p> <p>○心大血管疾患リハビリテーション料に関する施設基準では、心大血管疾患リハビリテーションに特化した医師体制の整備が必要となる。回復期リハビリ病棟では脳血管障害、運動器疾患、廃用症候群など多くの疾患を有する患者を対象となる中、回復期における心大血管疾患リハビリが広がらない要因の一つだと考える。施設基準（Ⅱ）を満たす施設も、心リハ料の対象患者は心大血管リハビリテーション料（Ⅱ）：125点/単位よりも、廃用症候群リハビリテーション（Ⅰ）：180点/単位で算定している医療施設が多いと思われる。</p> <p>○回復期病院で心臓リハを実施しているところは少ないとおもわれるので、循環器疾患を回復期病院で受け入れやすくすることが必要。具体的には回復期病棟の入院基準か心臓リハの施設基準を緩和 / コメディカルが急性期から回復期、そこから地域へ治療内容をシームレスに連携するには情報提供料を設定することが望ましい ・現状あるものでは患者診療以外で作成する負担に報いる診療点数が配点されていない。急性期のコメディカルは回復期と違って患者数が多い。ある程度インセンティブを与えて、しっかり情報を伝えるようにした方が、次の施設に行った時の評価時間も削減でき、即リハビリテーション医療が開始できる。</p>

個別施策	ご意見
2-④ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援	<p>○循環器病治療医師、急性期病院に勤務するMSWは、急性期治療後の患者支援制度、介護福祉に関する知識不足がある。特定健康診査結果や特定保健指導内容が、循環器病治療医に共有され循環器病対策・治療に反映される支援体制構築が望ましい。介護保険サービス開始時には医療情報が更新される機会は限定的である。医療情報が更新されずに介護保険サービスが継続されることがあるため介護保険サービス利用においても定期的な医療情報のup dateが必要である。地域包括支援センターや介護保険事業所における患者生活情報が急性期医師と共有されるよう支援連携体制が望ましい。</p>
2-⑤ リハビリテーション等の取組	<p>○きめ細やかに地域リハ活動支援事業を支えるため地域リハビリテーション支援センターを強化すべきであり、具体的には全区に地域リハ支援センターを設置すべき。</p> <p>○生活期リハビリの主体が医療保険から介護保険へ移行する流れは国の基本方針であるため、脳卒中及び心臓病リハビリとも介護保険制度における特に通所リハビリテーションの質および量の観点から整備すべきである。具体的にはこれらを実施可能な介護保険事業所をリスト化するとともに、研修・指導等を通じてリハビリテーション内容の均てん化を図ってはどうか</p> <p>○心不全という疾患を有した状態でのリハビリテーションとなるため、脳梗塞後遺症で一部見かけるような医師が介入しない自費の業者は望ましくない。また、状態が安定した生活期のリハビリテーションであれば大学病院などの基幹病院での治療も不適切と考えられる。開業医や場合によっては医師会などが中心となって、その地域の生活期の心臓リハビリテーションが行える場所を作る。</p>
2-⑥ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	<p>○上記③にも記載したが、循環器病の急性期から慢性期、維持期を担当するそれぞれの医療施設が傷病者の情報を共有するシステムが必要である。</p> <p>○広く都民に適切な情報提供を行うため、東京都として循環器病予防に関するパンフレット配布などの広報活動の推進をする必要がある。</p>
2-⑦ 循環器病の緩和ケア	<p>○疾患初期段階からの多職種による緩和ケアチームの介入できる制度。そのために必要な国民への疾患教育。</p>
2-⑧ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援	<p>○心臓リハ同様、急性期から集団でのリハを行うことも多くの患者を見る土壌が作れる。重度のかたは個別、比較的集団でできる方は心臓リハと同じように重ねて行えるようにできないか。</p>
2-⑨ 治療と仕事の両立支援・就労支援	<p>○両立支援コーディネーターの育成と配置についても</p> <p>○医療者・学校・行政・企業との連携と理解が必要。早期に取り組む対策をお願いします。</p> <p>○休職期間の長期化は就労再開をより困難とするため円滑な就労支援が重要となる。医療機関が主導的に個々の生活背景や就労環境に応じた就労支援を行うことが重要である。就労再開に際して、配慮すべき事項や予想される症状等を産業医や雇用者に具体的に提示する必要がある。</p> <p>○復職支援に保険点数を集めに設定。企業の受け入れについて、復職支援を行う仕組みがある場合そのサポートをする人員の人件費をサポートすればよい。障害者の復職を難しくする要因の1番は、仕事にサポートするスタッフがいないこと。</p>
2-⑩ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	<p>○小児科から循環器科への移行期医療をスムーズに行う対策をお願いします。</p> <p>○小学校などでの生活習慣病の教育、ジャンクフードを大量に接触することなどのリスクの教育。</p>

個別施策	ご意見
新型コロナウイルス感染症を踏まえた対策	<p>○コロナ禍において救急搬送先の決定に時間がかかる可能性がある。地域の基幹病院でネットワークをつくり、空いている病院に速やかに搬送できるような仕組みを作るとともに、状態が安定している場合はバックアップとなる小規模病院へ速やかに転院させるような仕組みづくり。</p> <p>○新型コロナウイルス感染症の蔓延により受診控えをしている人への治療中断による重症化予防への注意喚起を行う。（対象者の抽出：KDBシステム帳票加工で可能）</p> <p>○循環器病を有する患者については通院や集団指導の機会が制限され、フレイルや既存疾病の増悪が懸念される。一方で複合的な病態を抱える物が多く、画一的な指導では対応困難である。このため訪問やオンラインによる指導・リハビリテーションの体制整備について検討してはどうか。</p>
その他（全体に対する御意見等）	<p>○現在、補助金事業の国保ヘルスアップ事業のうち疾患に特化した事業は糖尿病性重症化予防となっている。また、保険者努力支援制度においても糖尿病性重症化予防に関する項目が点数が高くなっている。今後、保険者が積極的に循環器病対策に取り組む環境を整えるため、糖尿病対策と同様に取り扱うよう勧めるべきである。</p> <p>○「普及啓発」「支援実施」「支援推進」などがどの程度、具体的に示せるかが有効な対策に結びつくと思います</p>