

東京都循環器病対策推進計画に関する意見（脳卒中医療連携協議会）

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>○多くの危険因子に対して総花的なアプローチを行うより、テーマを絞って取り組んだ方がよいのではないかと。たとえば第1期では脳卒中へのインパクトの大きい高血圧、喫煙、肥満（メタボリックシンドローム）の3つに絞るというように。</p> <p>○AEDも含め、学校で教えることは良いと思う。</p> <p>○従来通り、各医療圏で市民やコメディカルに対する公開講座などを積極的に行うべき。</p> <p>○お示し戴いた東京都の計画の全体を概観しますと、予防からリハビリ、緩和ケア、さらにコロナ対応まで非常に良く纏まっており、包括的で非の打ち所がないと考えます</p> <p>○脳卒中の発症後、できるだけ早く脳血管内治療及びt-PA治療等適切な治療を開始するため、住民に対し、速やかな119番通報の重要性や救急隊へ伝えるべきポイント等の普及啓発が必要である。</p> <p>○慢性心不全増悪の症状についての周知。</p> <p>○病気の知識、障害とからめて国民に伝えているのでしょうか。“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>○一般住民に対するアプローチよりも健康経営に取り組む企業の安全衛生や小中学校の保健教育の場などへ積極的にアプローチを行なったらどうか。</p> <p>○脳卒中については健診の一部にMRI/MRAや頸動脈エコーを取り入れられれば、発症予防へのかなりの動機付けになると思います。</p> <p>○市民講座、SNS等で啓蒙活動を継続する。</p> <p>○啓発活動が重要であることは、これまでも強調されているが、実態が不明。脳卒中連携のように、定期的に医療圏毎に普及啓発に関する講習会を開催してもらおう。</p> <p>○様々な健診・予防事業の中で最も進歩・普及しており、もっと上を目指すべきですが、今の状態を継続・進化させれば良いと考えます。</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> <p>○企業、産業医を取り込み予防に取り組む。</p>

個別施策	ご意見
2-② 救急搬送体制の整備	<p>○脳卒中に関しては現在取り組んでいる「東京都脳卒中救急搬送体制」をデジタル技術を取り入れた医療情報連携ツール導入により、より効率的なしくみにすることが重要です。またこのシステムの現状データを公開して各圏域での課題の抽出に利用できるようにすべきです。</p> <p>○当番病院制の導入を検討したほうが良いと思います。</p> <p>○救急医療体制の問題点を明らかにする。循環器疾患や脳卒中などの診断は、専門性が高い。受け入れ体制としてなにが必要か、何が現場で問題なのかを2次救急医療で確認する。脳卒中救急搬送体制では、東京都は脳卒中A、B選定を行っている。この選定には、出血性脳卒中も含まれるが、時間的猶予の少ない脳梗塞に関係した体制整備は遅れている。脳卒中類似疾患や典型的な症状を示さない症例が、一般診療科に搬送されている可能性がある。出血性脳卒中も含めている脳卒中A対応についての実態調査。</p> <p>○脳卒中分野では、t-PAのみならず、血管内治療に対する均霑化を図る必要があるが、東京都の救急システムでは、脳卒中A、Bのみならず、「脳血管内治療」の対応可否の掲示が可能であり、今後、ドリップ・シップを含めた活用が望まれる。</p> <p>○東京都は脳卒中・CCUのいずれも救急体制が整い、大きく変えると他の疾患の救急医療に影響するため、現状で良いと考えます</p> <p>○血管内治療を円滑に実施できる医療機関にすみやかに搬送できる体制の構築が必要</p> <p>○血管内治療に対応できる医療機関に限られることから、症状等から適切な医療機関へ搬送できるよう救急隊と地域の医療機関の連携体制が必要である。消防部門との連携に言及してもよいのではないかと考える。</p> <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>
2-③ 医療提供体制の構築	<p>○東京都では脳卒中についてパスがほとんど活用されていない状況をなんとかする必要がある。脳卒中については急性期、回復期後に主に介護保険の対象となる人と自立した生活をする人とはその後の療養の目標をどこに重点をおくのか、どこが主体となって医療を提供するのが異なってくるのでパスもその点を考慮して作成すべき。今後の医療体制の構築にはオンライン診療を積極的に取り入れる必要がある。</p> <p>○特に高齢患者に対し、入院時から退院や最終的なゴール（生活環境等）を見据えた支援の早期介入、充実が必要と思います。</p> <p>○急性期医療機関で治療された後には、生活期でのクリニック診療に戻る患者が少ないことが指摘されている。高度急性期・急性期医療機関からクリニックへの逆紹介率を高めて、予防に力を入れる。</p> <p>○各医療圏で、プライマリー脳卒中センター(PSC)を中心とした医療連携を推進する必要がある。</p> <p>○クリニック、急性期病院とも循環器の診療そのものは充足されています。</p> <p>○脳卒中患者は長期にわたり療養を要することから、急性期から回復期、在宅療養への移行が円滑に進むよう、地域連携診療計画で各施設の役割の明確化、次段階へ移行時期を明らかにして地域の関係機関が共有できる体制を構築する必要がある。</p> <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>

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>○脳卒中後遺症のために主に介護保険を利用して療養を行う人に対する社会連携の仕組み作り。</p> <p>○病院、地域医療、介護、地域包括支援センター等の関係者がデジタル技術を用いて一元化して情報共有した方がよいと思います。</p> <p>○介護保険制度の利用の推進、地域包括支援センターとの連携などが必要である。</p> <p>○循環器疾患への取り組みは社会と遊離しているが、疾患・治療体制についてもっと近づいてもよく、その啓発が大切</p> <p>○地域の心不全チーム大賛成。</p> <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> <p>○在宅での身体機能の維持・改善や障害などによる社会的孤立の防止のため、在宅療養を総合的に担うかかりつけ医の定着が必要。</p>
2-⑤ リハビリテーション等の取組	<p>○④とも関連して在宅リハ、訪問リハの意義が大きいと思いますが、介護保険における施設リハの充実も図ってほしいと思います。</p> <p>○退院後、生活期に入ってから継続的なリハビリ支援が必要と思います。</p> <p>○回復期病院、デイサービスなどの積極的な活用が必要である。</p> <p>○全国に心臓リハビリ医が2015年で13000人、循環器リハビリ届け出医療機関が1000か所ありますが、その約10%に相当する都内の医師、クリニックに支援して戴いて介護による心臓リハビリを普及させたい。また、回復期リハビリ病院では専門PT2人、1日の訓練は6単位以下と制限・枠組みが厳しく、心機能改善・維持以外の廃用症候群改善には不向きな体制となっているのを改善してほしい。国内で年間68000人の心臓手術が実施されているが、新しい心臓移植術、補助人工心臓植え込み、植え込み型除細動器、TAVIなど手術内容が高度化・複雑化しており、疾患も大動脈解離の手術後患者が増加など、CPXを用いた専門的なリハビリテーションが必要で心臓リハビリテーション病院・クリニックの強力なバックアップ体制を構築する必要があります</p> <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ら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</p> <p>○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> <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> <p>○地域リハビリテーション支援病院等が主導して更に強化する</p> <p>○患者がリハビリテーションに積極的に取り組めるよう地域の医療資源の把握や、住民への普及啓発が必要。</p>

個別施策	ご意見
2-⑥ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援	<p>○後遺症の支援に関わる相談窓口があった方が良いと思う。</p> <p>○PSCの患者支援センター、保健所などを活用する。</p> <p>○医療の仲間にも必要です</p> <p>○医療と介護保険部門との適切な連携体制の構築が必要。北多摩西部保健医療圏では、医療と介護の情報を一つにまとめた連携ツールとして「生き生きノート」を作成したが、このようなツールは逐次更新が必要である。</p> <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>
2-⑦ 循環器病の緩和ケア	<p>○地域包括支援センター、緩和病床との連携を行う。</p> <p>○がんの緩和ケアよりも心疾患の緩和ケアの方がニーズが高いとの広報が大切</p> <p>○施設で心不全緩和ケアを積極的にしてもらえれば入院、転院の調整の負担減になる。</p> <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>○脳卒中についてはやはり高次機能障害を後遺症として持つ患者の急性期、回復期リハ後の支援が重要です。</p> <p>○失語症や高次機能障害にたいする社会への啓蒙活動や重症度合いの数値化、それに伴う支援があれば良いと思う。</p> <p>○地域包括支援センター、緩和病床との連携を行う。</p> <p>○心筋梗塞後の4～8%が心臓リハビリテーションを受けている現状打破が大切</p> <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>○障害程度の把握と数値化を行い、障害に応じた就労支援を行う相談窓口の開設や企業への啓蒙を行うのが良いと思う。</p> <p>○がん、難病と同様に、脳卒中に対しても就労支援の仕組みづくりを行う必要がある。</p> <p>○関与していませんが、若い患者の多い心臓リハビリテーション病院に頑張って戴くこととなります</p> <p>○ドライバー（トラック、タクシー）など職業を継続できなくなった人への就労支援。</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ん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、工作中にサポートするスタッフがないこと。</p> <p>○治療と仕事の両立支援・就労支援については、既にがんや難病などで先行して行われている。循環器病においても、そのような従来からの取り組みとの一体化が望まれる。</p>

個別施策	ご意見
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>○AYA世代の脳卒中に関しては、時に遭遇することがあるが、リハビリの受け入れ先などが少なく、今後仕組みづくりが必要である。</p> <p>○小児の療育機関の関与が大切</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>
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>○今後、長期化することも予想されるので集中的にみる病院をつくるのではなく、どの病院でも対処可能な方向で進めて行く方が良いと思います。</p> <p>○急性期脳卒中医療システムへの影響、コロナ患者の急性期脳卒中治療、リハビリの方法に関するガイドラインづくり、急性期から回復期への転院の推進など、多くの問題点が残されている。</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> <p>○今回の新型コロナウイルス感染症蔓延時においては、区部のCCUネットワークの機能不全のため、多摩地域への患者移送が行われたとの指摘がある。</p> <p>循環器病においては、一分一秒を争う状況が想定されるため、移送時間が長くないよう、感染症蔓延時においても、そのエリア内での対応が出来るような仕組みの構築が望まれる。新型コロナウイルス感染症は、血管内炎症を生じることにより、今後脳血管疾患・心疾患などの循環器病の発生が増える可能性が考えられるため、今後も今まで以上に循環器病に対する対応の向上が望まれる。</p>
その他（全体に対する御意見等）	<p>○1にも書いたように内容があまりに広範囲なので、第1期はテーマをある程度しぼってこの範囲で行うということをはっきりさせ、それに基づいた進捗管理を行うべきだと思います。</p> <p>○医学生・研修医教育についての議論を高める。循環器疾患や脳卒中診療は、一般診療科ではハードルが高い。そのため、一般診療科でも初期治療が行えるよう、卒前・卒後教育に力をいれる。</p> <p>○当院では患者層のほとんどは生活困窮者である。理解、協力が得難いことを前提に継続した啓蒙活動を。</p> <p>○今回、循環器病対策として、脳血管疾患と心血管疾患を一体的に扱うことが出来ることになり、また地域医療構想では、医療機能の分化と連携が進められることになっている。それによって、隣接した医療機関が同じように脳血管疾患・心血管疾患の両方に対応するのではなく、それぞれの医療機関が分担して対応することにより、医療資源の集約化・効率化、および医師の人員配置や働き方改革が進むことを期待したい。</p> <p>○研究の推進に関する記載がない。基本計画の個別施策に含まれており、東京都においても研究の推進について検討し、取組を実施していくべきではないか。</p>