

令和3年度第1回循環器病対策推進協議会

令和3年5月17日（月曜日）18時15分開始

久村課長：恐れ入ります。定刻となりましたので、ただ今より東京都循環器病対策推進協議会を開会させていただきます。委員の皆さま方にはご多忙のところご出席いただきまして、誠にありがとうございます。また今回直前での日程変更をお願いいたしました。また資料の送付も遅れましたということで、ご迷惑をお掛けしましたことを、おわび申し上げます。議事に入りますまでの間、医療政策部救急災害医療課長の久村が進行を務めさせていただきますので、よろしくをお願いいたします。では開会に当たりまして福祉保健局理事医療政策部長事務取扱の矢沢よりごあいさつを申し上げます。

矢沢理事：今日はどうも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。本日は東京都循環器病対策推進協議会ということで、今般発行いたします東京都の循環器の計画について最終案ご検討いただくこととなっております。今回の計画は循環器でそもそも進んでいますCCUネットワークというものがございます。それから脳卒中のほうでは、あるいは脳血管障害のほうでは、それぞれの病院ごとのネットワークが進んでおります。そうしたものを十分に生かしながら、またさらにその他の疾患との連携を取るような、そうした少し広い観点での計画を策定したいということで、今般提示をさせていただきました。内容についてこれまでの取り組みを十分生かし、それにさらに救命救急センターというところの枠組みの情報の共有もプラスをしていけば、さらに良いものになるだろうとそういう観点でございます。どうぞご理解いただきますよう、またご審議の中で屈託のないご助言いただきますようよろしくお願いいたします。それでは、今日どうぞよろしくお願いいたします。

久村課長：本日の会議でございますが、ウェブ会議形式での開催となります。ご発言の際には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。それから会議資料でございますが、会議資料につきましては資料の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、その都度で結構でございますのでお知らせいただければと存じます。

続きまして、委員の紹介でございますが、こちら資料1の委員名簿の配布で代えさせていただきます。本日の出欠状況でございますが、本日星野委員の代理で日本医科大学大学院教授の木村様。それから門倉委員の代理で東京消防庁救急部救急医務課長の三ツ井様にご出席をいただいております。また有賀委員、それから小堀委員からはご欠席ということでご連絡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、こちら資料2、本協議会の設置要綱の第9によりまして、会議、会議録、会議に係る資料につきましては基本的には公開とさせていただきますのでよろしくお願いいたします。また本日傍聴の方がいらっしゃいますのでご了承

をお願いいたします。

本日の会議でございますが、まず3月25日に開催いたしました、こちらの第1回目の循環病対策推進協議会におきまして頂きましたご意見、それから脳卒中医療連携協議会であったり、救急医療対策協議会などの委員の皆さま方から頂きましたご意見、それから4月26日には循環器病対策の推進計画の検討部会ということで、具体的なご議論いただいたところでございますが、そういったご意見などを踏まえまして、このたび東京都の循環器病対策推進計画の案を作成したところでございます。本日はこちらの案につきまして、皆さま方のご意見をお伺いできればと考えておりますのでよろしくお願いいたします。それでは以降の進行を横田会長にお願いいたします。

横田会長：横田です。皆さま方お忙しい中ウェブ会議に参加していただいて本当にありがとうございます。変則的な時間で申し訳ありません。それでは資料の追加あるいは差し替え等々が直前にあったわけですけれども、早速始めたいと思います。東京都循環器病対策推進計画案について、配布資料について事務局から説明をよろしく申し上げます。

剣持課長代理：事務局の救急災害医療課の剣持でございます。資料3から5までご説明させていただきます。まず資料3をご覧ください。改めまして循環器病対策推進計画ですが、令和元年12月に施行された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かかる対策に関する基本法の第11条に基づいて、都道府県が策定する計画でございます。都内の状況といたしましては、循環器病は主要死因の中でもがんに次いで第2位となっており、年間3万人の都民の死因となっております。また救急搬送人員の急病のうち、循環器病が約1割を占めており、そういった患者さまを救命救急センター、脳卒中急性期医療機関、CCU医療機関などが連携して受入れを行っております。こういった状況を踏まえ、今回の計画のポイントといたしましては、東京の強みを生かし医療介護福祉サービス提供体制と一体的に循環器病対策を推進するため、東京都の保健医療計画におけるグランドデザインの実現に向けた4つの基本目標ごとに、東京独自の循環器病対策の方向性を取りまとめていくというところでございます。

グランドデザインなどについての詳細は後ほど説明させていただきます。おめくりいただきまして概要の2、本計画の構成についてご説明させていただくと、まず第1章は本計画について背景から目的など先ほどお話をさせていただいた、本計画を策定するに当たっての全般的なストーリーなどを記載しております。

第2章、東京都内の循環器病を取り巻く状況では、東京都の地域特性や人口、健康寿命、死因や循環器病に関する医療資源などについて記載しております。

第3章では、東京の将来の医療グランドデザインの実現に向けた4つの目標ごとに課題と取り組みの方向性を記載してございます。

第4章では、今後の計画推進に向けた行政、関係団体等の役割を書かせていただいております。

ります。

おめくりいただきまして概要の 3 をご覧ください。東京の将来の医療、グランドデザインの実現を目指した循環器病対策の方向性のイメージでございます。資料 4、計画素案本文と合わせてご覧いただきたいと思っております。資料 4 のほうは 21 ページをご覧いただければと思います。まず高齢化社会が到来する中、都民が安心して暮らし続けるためには、質の高い医療提供体制の構築とともに、医療・介護などの生活支援が立体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が重要であるという観点から、東京都では「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」の実現に向け、4 つの柱を掲げております。この柱についてはローマ数字の 1 から 4 で表している部分でございます。一つ目の柱はローマ数字 1 の高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展でございます、大学病院等が集積する東京の強みを生かした医療水準のさらなる向上を掲げております。次にローマ数字 2、高度急性期から在宅療養に至るまで医療連携の推進に向け、東京の特性を生かした切れ目ない医療連携システムの構築。3 つ目、誰もが住み慣れた地域で生活を継続できるよう地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実。4 つ目の柱は人材育成でございます。今回東京都循環器病対策推進計画においても、このグランドデザインの実現を目標とし、4 つの柱ごとに課題をぶら下げておりますのが、概要 3 のイメージ図でございます。

では、各課題について課題や方向性について、基本目標ごとに順番にご説明させていただきます。まず基本目標 1 におきましては、本文 23 ページと併せてご覧ください。まず東京都の基本的な救急医療体制について簡単にご説明させていただきますと、東京都では命の危機を伴う重篤患者に対する三次救急医療、入院治療を必要とする中等症、重症患者に対し二次救急医療、入院を必要としない救急患者に対し初期救急を提供しており、それぞれ医療機関を確保しております。

横田会長：ごめんなさい。画面は 23 ページになりますか。よろしいですか。

剣持課長代理：今回課題 1 といたしましては、救命救急センターを中心としたネットワークの構築を掲げました。東京には 26 施設の救命救急センターがあり、重篤な患者に対応する高度急性期医療を提供しております。それぞれ専門分化しておりますし、また救急配送における高齢者割合が増加しているなどの状況もございますので、より一層の急性期医療の強化が必要と認識しております。都内の医療機関の専門性をいかしながら、また既存の体制を生かしながら、連携、情報共有していけるようなつながりを作ることにより、貴重な医療資源を有効活用することを考えております。次におめくりいただきまして、課題 2 は医療連携の推進として、デジタル技術を活用した医療連携の強化や、感染症対応といたしましては、東京都が設置する感染症などの専門家により形成する東京 iCDC 専門家ボードが収集分析した最新の知見などの状況に基づき、循環器病対策も進めていくということを記載しております。

課題 3 につきましては、救急搬送体制の整備として、脳卒中、心血管疾患などの各疾病の特性に応じた医療体制の充実や、救急隊の研修の充実、感染症拡大時の救急医療体制の確保などについての取り組みの方向性を記載いたしました。

続きましてローマ数字 2 の基本目標 2 の医療連携につきましては、本文の 26 ページをご覧ください。まず課題 1 としては、医療連携の推進として円滑な入退院、転院などに向けた医療連携の取り組み。次におめぐりいただきまして課題 2 リハビリテーション。こちらは地域連携クリティカルパスを発展させ、より効果的・効率的に活用できるよう新しい仕組みを検討していくこと、また急性期のできる限り早期からの積極的なリハビリテーションや、合併症に対応したリハビリテーションを掲げております。課題 3 緩和ケアでは疾患の初期段階から身体的・精神的・社会的な苦痛に向けた多職種連携による緩和ケア。次におめぐりいただきまして課題 4 といたしましては、小児期からの切れ目ない医療の提供に向け、移行期医療支援などの充実を掲載しております。

次に、ローマ数字 3、基本目標、地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療については本文の 30 ページをご覧ください。課題 1 として予防・健診の普及、循環器病に関する知識の普及啓発といたしまして、生活習慣の改善や発症時の対処法、後遺症などについて SNS やマスメディアを活用した普及啓発や、子どもの頃からの普及啓発について検討してまいります。おめぐりいただきまして課題 2 医療・介護連携につきましては、区市町村の在宅療養支援窓口の取り組み、デジタル技術を活用した多職種連携などについて記載。課題 3 は在宅におけるリハビリテーションといたしまして、介護保険下での適切なリハビリテーションが受けられるよう、医療・介護関係者の連携の促進。また地域リハビリテーション支援センターの体制充実、再発重症化予防の観点からの心臓リハビリテーションの推進を方向性として記載いたしました。おめぐりいただきまして、課題 4 として、在宅における緩和ケアの適切な提供に向け、医療・介護関係者や患者その家族などの緩和ケアに対する理解を深めるよう普及啓発を行ってまいります。課題 5、治療と仕事の両立支援・就労支援については、両立支援コーディネーターの活用や、後遺症を有する方に対する支援などに取り組んでまいります。おめぐりいただきまして、課題 6、相談支援につきましては、患者やその家族のニーズに合った相談支援について、都における医療機関などでの相談支援の実態も踏まえながら調査・検討してまいります。

次に、基本目標 4、人材育成につきましては本文の 34 ページをご覧ください。課題 1 では高度先進的な医療を担う人材として、リハビリテーションや緩和ケアに関する専門的な知識、技術を持った人材の育成、認定看護師などの育成を掲げております。おめぐりいただきまして、課題 2 では、在宅療養を支える人材として、在宅療養において患者を支えるに当たり、中核的な役割を担う人材の育成などを方向性としております。課題 3 では医療機関における相談支援の人材の育成などを掲げております。簡単に説明いたしましたが、こうした東京都の強みを生かした医療・介護福祉サービスの提供体制を構築できるよう、循環器病対策を推進し、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京の実現を目指すこと

ろでございます。

次に、資料 5 をご覧ください。これまでの検討体制でございます。本計画の検討については、本協議会および検討部会において議論するとともに、脳卒中医療連携協議会など、各種協議会でご意見を伺ってまいりました。

また今後のスケジュールにつきましては、今月末パブリックコメントを開始、関係団体への意見照会を行い、来月末に本協議会および医療審議会にご報告、7月1日に公表の予定でございます。長くなりましたが、私からの説明は以上となります。

横田会長：ありがとうございました。最後の今後のスケジュールまでお話しいただいたんですが、それでは資料の 2、それから骨子となるのが資料の 3 だと思います。資料の 2、資料の 3 にのっかって委員の皆さんのご意見を伺ってまいりたいと思います。まず資料の 3 のところから、第 1 章、第 2 章は背景を述べたものなので、第 3 章のところのポイントなのかなと思います。すなわち「東京都の将来の医療～グランドデザイン～」ということで、実現を目指した循環器病対策の方向性が書かれています。今後の取り組みにおいて資料の 3 のページでいいますと 22 ページです。22 ページに大きく 4 つ柱が書いてございます。いっぺんに議論すると少し混乱しますので、まず最初この目標の 1 番目、高度医療・先進的な医療体制の将来にわたる進展ということで、そこには 3 つポイントがありますが、救命センターを中心としたネットワークの構築。それから医療連携の推進に向けた情報の共有化。3 番目として救急医療体制の整備ということ、事務局から掲げていただきました。実際の記載としては、資料 3 の 23 ページ以降書かれてありますけれども、委員の皆さんからまずこの基本目標の 1、高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展というところでご意見を頂きたいと思いますが、いかがでございましょうか。

高山委員：よろしいですか。

横田会長：高山先生。どうぞ。先生からは資料提供もございましたよね。

高山委員：できれば私が送らせていただいた資料出せますでしょうか。私のほうで共有していただければ、出すこともできますが。

横田会長：事務局。高山先生の資料できますか。

高山委員：こちらのほうでパワーポイントあるんで出すことができますが、どうしましょう。

横田会長：事務局いかがでしょうか。

久村課長：高山先生のほうでお願いできますでしょうか。

横田会長：共有をお願いします。共有許可していますか。

高山委員：共有の画面に。

矢沢理事：すみません。こちらが許可をしているかどうか確認します。そうしたら先生のほうから出していただいて。ごめんなさい。準備が悪くて失礼いたします。

高山委員：共有できますか。こちらでよろしいですか。あるいはそちらで送りました。

久村課長：すみません、こちらで出します。

高山委員：お願いします。現在こちらに掲げてあります高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展ということで、救命救急センターを中心としたネットワークの構築というこの点なんです、資料を出しましたから出したら、また示させていただきますが、必ずしも循環器系の高度先進医療を担う組織が、救命救急センターの全てに入っているかという、必ずしもそうではないというところが問題なんです。これは東京都 CCU ネットワークの運営で、非常に重症な心血管疾患を治療していただいている高度救命センターもありますけれども、そうでないところもかなり多いんですね。

特に、例えば心血管系の高度医療は、この救命救急センターの枠組みでは進まないというのが、失礼ですが東京都 CCU ネットワークの皆さんの考え方なんです。なぜかといいますと、まず救命救急センター26 施設ありますけれども、心血管高度医療を行わない施設が4 施設ありまして、4 施設、26 のうちの4 ですからあまり多くはないというふうにももちろん考えられるんですが、例えば大動脈スーパーネットワーク、大動脈の乖離（かいり）、それから大動脈瘤の破裂ですね。これに対して東京では15 の病院が重点病院という名称で、大動脈緊急症24 時間365 日毎日手術がいつでもできるというのが、もう決めて何年も動かししているんですが、26 のうちこの大動脈の重点病院を加わっているのは8 施設だけなんです。これは何もほかの施設が何も技能がないわけではないんですが、どこを、心血管系をどの程度一生懸命やっていたか、それによるんですね。それで特に救命センターを持たない病院が、15 施設の重点病院のうちの7 施設が非常に多数の患者さんを診ております。特に症例数でいいますと、心臓循環器私どもの病院もそうですが、3 つの施設がこの患者数でいえば1 番目2 番目4 番目なんですね。そういう状態から考えると、なかなかこの枠組みにより新たに高度心血管救急集中治療施設これは仮称であります、こう名称を付けていわば基本構築を考えていただかなければ動かないと考えます。また今日ここで資料で画像に出しませんでしたけれども、例えば同時に心臓血管系の重症な心不全を治療するのに、

インペラという新しい補助循環装置がここ 2 年半ぐらい動いているんですが、これが効果に関して今、いろんな証明をさらにしているところですが、インペラを使用している施設が 26 の救命センターのうちの現在 14 なんです。東京中では救命センターなしの施設で 7 つの病院でこのインペラという治療法を使って、これは補助循環 ECMO のさらに上に行く機械なんですけれども、こういったものを使って治療施設が救命センター以外のところで循環器系が中心にやっているところですが 7 施設ありますので、こういったところをうまくひいていかないと、高度医療本当に組織化して連携していくということは十分にできないと私考えます。そういうことでむしろ高度心血管救急集中治療施設、多くの救命センターが入っていただくことになると思いますけれども、本当に力のあるところが入っていただいた組織としていただきたいというのが、私どもの心臓血管救急の立場からであります。以上です。

横田会長：高山先生どうもありがとうございました。今の意見に関して何かコメントございますでしょうか。

木村委員：木村です。先生。

横田会長：お願いします。

木村委員：私は脳卒中の立場から言わせていただきます。脳卒中も救命救急センターを中心としてやられているわけではないと思います。昨年 4 月に脳卒中学会から一次脳卒中センター、ようするに t-PA を 24 時間置いている施設というのが、東京で 80 施設認定されています。その PSC 一次脳卒中センターが中心となって、東京も脳卒中を今後見ていくということになるかと思えます。また 2 年後には血栓回収センターも認定されまして、その後、包括的脳卒中センターも認定されていくということですので、まずは一次脳卒中センターを中心として、脳卒中医療はやっていったほうがいいのかと私は思います。以上です。

横田会長：木村先生ありがとうございました。ほかにございますでしょうか。事務局のほうから何かありますか。

矢沢理事：はい。

横田会長：お願いします。

矢沢理事：木村先生ご意見ありがとうございました。まず CCU ネットワークについてで

ございますけれども、私ども CCU ネットワークが今東京の医療を支えていることは十分承知しております、それが循環器のほうのネットワークであるということも理解しております。その中で 15 の重点医療施設が中心となってやっていたというところで、そのことについて、何か今この計画の中で変えるというふうなお話が特になかったもので、それはそのまま思っておりました。ご提案の重度心疾患救急集中医療施設などの指定ということでありまして、やはり少し時間をかけてその内容を先生方のご意見を聞きながら、整理をして、今の 15 施設 24 施設合わせて 70 ですか。その施設の位置付けを変えるということであれば、またそこはしっかり議論していくことが必要だと思います。先生のご主張は多分、救命救急センターを中心としたということが引かかったんだと思うんですが、私ども今回循環器で今 CCU で回っているもの、それから今お話のあった脳卒中で回っているもの、またそれ以外のものいろいろなところある中で、その横のつながりといいますか。その中の 1 個 1 個の疾患に特化したネットワークだけではなくて、もうちょっと救命救急センターの横の連携があってもいいんじゃないかという発想でこれを記載しております。ですので、まだやったことのない新たな試みとして、CCU ネットワークをさらに充実させる取り組みもしつつ、循環器だけではないいろいろな疾患における救命救急センターのネットワークをぜひ作っていきたい。これが狙いです。ですので記載の仕方としてふさわしくないということでありましたら、例えば救命救急センターのネットワークというのは作らせていただきたいと思いますが、実際に現在 CCU ネットワークがどう動いているかというのを現状に記載をさせていただきまして、この今後の取り組みの方向性のところに、その実際に重点医療施設、あるいは今重点病院と呼んでいるところの役割についても、この計画期間中に議論をして、改めて違うお名前を付けるなら名称を与えるならその議論の後に与えるということを検討すると、そういった記載を残すことでご検討いただけないかなと。今日この場でこの施設の名前を与えるというのを計画に書くのは非常に厳しいので、そうした検討を進めていく、そうした記載を追加させていただくのではいかがかなと思います。また脳卒中のほうも救命だけで回っていないことは十分に承知をしております。記載の位置が、この救命救急センターを中心としたネットワークという話ではなくて、医療連携の推進のところ載せさせていただくのか、あるいは脳卒中はこうやります。循環器はこうやりますということを書く計画ではないと思っているので、その辺りをうまく融合させるような、そんな記載が必要だという観点から全部書いているところがあって、先生方の今中心になってやっていたという取り組みが薄くなってしまったというご意見だと思いますので、現状のほうに少し足すことと、取り組みのほうにそうしたことを検討するという記載ではいかがでございましょうか。ご議論いただければと思います。

横田会長：高山先生よろしいですか。

高山委員：ありがとうございます。別に心臓血管のほうが薄くなったというふうには全く考

えておりませんで。

矢沢理事：よかった。

高山委員：そうではなく、高度心血管という名称を一応掲げさせていただきましたが、名前は全くこだわっているものではございません。これはやはり脳卒中のほうの救急と一緒に、いわば東京都循環器対策推進というところの意味合いが新たに出てくるような名称を付けるということに意味があると思ひまして、そういう意味でこの3階建てで長年実績を残してきました救命救急センターの名称より、さらにもう一步進んだものを全体的なかたちとして出したほうが、新たなこの施策に合わせて動いていく東京都の姿勢というのが出てきてよろしいんじゃないかと私は考えましたので。

そしてその分頑張っている多くの施設、病院がありますけれども、そういったところを取りこぼさないという点で、まだまだこの点は相談していければというように考えております。

横田会長：ありがとうございます。高山先生、木村先生がおっしゃったところを、私もここ見て少し気になったところです。その補足の説明といたしますか。文章を追加したほうがいいのかなと思ひますが、事務局それは可能ですね。

矢沢理事：はい。大丈夫です。現状のほうに少し正確に記載することと、取り組みのほうにこうしますというのではなくて、全体の機能を考えて循環器等の脳血管疾患と、総合的に治療ができる施設について、その在り方を検討していくというような、そうした書き方であれば何の問題もないし、ぜひその取り組みを進めてまいりたいと考えております。ご協力いただければ大変ありがたいと思ひます。

横田会長：国の会議でもここ問題になったところですが、そのとき私申し上げたのは、これは急性期の部分を議論しているもので、救急隊との現場の判断というところと密接に関わっているところです。救急隊の現場判断は、現場にCTやさまざまな診断機器がない中で、100%の正確な判断、本来は高山先生のところや木村先生の施設に100%の感度、特異度で適切な患者さんを搬送するというのが本来は理想なんですけれども、なかなかそれが実際は現場ではできないということです。そのため、初期、二次、三次の救急医療の枠組みをうまく使うという意味だと、私はそのように解釈しました。ただ、高山先生と木村先生が指摘した部分というのを組み入れることも必要なのかなと思ひました。

矢沢理事：分かりました。

横田会長：高山先生、木村先生よろしいでしょうか。

高山委員：はい。

横田会長：ありがとうございます。

高山委員：今後どのようにしていくかに関しては、まだ協議をしていくという、そういうことでよろしいでしょうか。

横田会長：これから名称はともかく、血管救急集中治療施設や、あるいは今先生がおっしゃった脳卒中のセンター名称はともかく、そういうものが多分今後記載されていくとは思いますが、現状では補足の説明というふうなところに書き込むということになると思いますが、よろしいでしょうか。

高山委員：これがそのままいわば表現した実績としてそのまま進んでいってしまうのはありますけれども。

横田会長：それは今、矢沢理事がおっしゃったように、多分医学は日進月歩ですので、ずっとこのままということはありません。

高山委員：分かりました。

横田会長：患者さん側の立場からは何か。久村課長の手が挙がっていますね。どうぞ。

矢沢理事：すみません。繰り返しになりますが、今この場で今日この計画にどういうものを作るかというのを書くことは厳しいので、そうした高度医療の観点から循環器医療、脳血管疾患に対する医療をさらに質の向上や高度医療を目指すという観点から、そうした医療機関のネットワークを再構築するようなことを検討するというふうには書くことはできると思います。その記載は取り組みの方向性として書くので、具体的に何をするかと言いますと、やはり新たにワーキングなりを立ち上げて、先生方からご意見を頂いて、どういう病院の何階建てにするのか、あるいはどういう名称にするのかということも含めまして、ご議論いただいた上で、東京都として指定するかしらないかも含めて検討するということになろうかと思っています。時間がかかるかもしれませんが、ぜひそのネットワークの再構築については進めてまいりたいと思いますので、ぜひぜひご協力いただければと思います。どうぞご理解の上、ご協力くださいませ。

横田会長：今のお話で、例えば救命救急センターという名称を、現在の救急医療体制を中心としたということだといかがでしょうか？

矢沢理事：いえ。実は元々CCUネットワークが救命救急センター版があったらいいなというのがあったんです。CCUだけではなくていろんな疾患の救命救急センターのネットワークがあったら作りたいと、東京都として漠として思っていて、それを今回循環器の計画ということで、心疾患と脳血管だけじゃなくて、ほかにもいろんな病気があるから、東京都としては一ランク上で、もっと広いネットワークを作っていきたいというのを、目玉として出したかったということなんです。

横田会長：今、木村先生や高山先生がおっしゃったところを将来的に見据えるという意味で、救急医療体制を中心とした、あくまでここは急性期の話をしているのでそういう記載でもいいと思います。

矢沢理事：いえ。そのような記載でもまずくないと思います。

横田会長：その部分も考慮してください。そうすると高山先生や木村先生もご納得いただけると思うので。

矢沢理事：課題の上げ方がちょっとあれだったのかもしれませんが、例えば高度医療・先進的な医療の進展というあたまのところを課題にして、そのうちの一つが救命救急センターを中心としたネットワーク。またそのうちの一つとして、今のあるCCUや脳卒中の体制についてというふうに書き直してみるの、急いでやりますので、先生方メールでお送りしますので、いったん見ていただいてご指導いただけませんか。その上で座長預かりとしていただければ大変ありがたいと存じます。

横田会長：よろしいでしょうか。後で出てくると思うのですが、救急隊での現場の判断と診断のマッチング、そういう問題も必ず出てくるので、その辺は木村先生が第一人者なので、またご意見頂きたいと思います。

高山委員：木村先生どうぞ。

横田会長：患者さん側の意見を高山先生、木村先生よろしいですか。患者さん側の視点から今急性期の話をしていますが、もしご意見があったら頂戴したいと思います。うよろしいですか。患者さん側の代表として川勝委員、村林委員、川口委員、加島委員もし何かご意見があったら伺いたいと思うんですけれどもよろしいですか。また後で何かございましたらそ

のときにお話しいただきたいと思います。

高山委員：横田先生。

横田会長：はい。お願いします。

高山委員：すみません。たびたび。もし元々のこの文章を生かすということであれば、救命救急センターならびに高度心血管、脳血管治療施設を中心としたというふうにしていただければ別に、それはそれで成り立つとは私は思いますけれども。

横田会長：はい。貴重な意見ありがとうございます。時間が最後にありましたらまた戻るといことで、次に 2 番目ですね。東京都の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築です。ページだと 24 ページ以下から 25 ページ以下でしょうか。資料の 3 の医療機関連携の推進。それから一貫したリハビリテーションの推進。緩和ケアの取り組み、小児・若年期から配慮が必要な患者に対する医療の提供と書かれています。資料 4 ですね、失礼しました。

医療機関連携の推進というのは、これは今議論した急性期医療機関の連携ももちろんですけども、急性期から慢性期、維持期というの医療連携も含んでいると思います。ここはいかがでしょうか。ここはリハビリなどに深く非常に関わるので、安保先生、ご意見ごさいますでしょうか。

安保委員：安保です。大きくきっちり捉えられて書いてあると思うので、良いと思います。

横田会長：ここに東京都総合医療ネットワークという前回お話が出た、東京都医師会が主導して行っている電子カルテの共有システムですけども、ここに関して新井委員何かご追加あるいはコメントございますでしょうか。

新井委員：新井です。ありがとうございます。ここの計画書の中での書きぶりはこれでよろしいかなとは思いますが、細かく議論しているときには、これがどのぐらい進捗（しんちやく）があるのかなど、そういうところを見る化していくのが今後は大事なかなとは思っています。以上です。

横田会長：ありがとうございます。事務局からはここの部分というのは、今お話のあったようなところでよろしいのでしょうか。

久村課長：そうですね。ありがとうございます。横田先生からお話しいただきましたとおり、

急性期から回復期、それから慢性期。ですから例えば病院と地域の連携というところもここに関わってくるかと思いますので、例えば 2 人主治医制というふうなところを盛り込ませていただきました。またリハビリテーションのところでは、以前のご議論もありましたけれども、地域連携クリティカルパスがより一層活用されるように発展させて、例えばネットワークの中で共有できないかみたいなのところも含めて、進めていきたいというところで、こういった記載になっております。

横田会長：ありがとうございます。ここの部分は脳卒中や心疾患、それぞれ医療連携というのが関わると思うのですが、医療連携という部分で、迫村委員。実際に医療連携をされているという立場から、コメントございますでしょうか。

迫村委員：ありがとうございます。さこむら内科の迫村です。この書き方でいいんじゃないかなと思いますし、この間急に新型コロナの対策をこういうところに入れるのはどうだろうかかなと思ながらお話をさせていただいて、私自身感じているのは心不全で病診連携がちゃんとできている地域というのは、多分感染症に対しても非常に強い地域だと思うんですね。やることは基本的には一緒に、病院の主治医の先生と開業医のほうの顔が見えていて、実際ある程度の病状であれば地域で受けるなど、あるいは逆に地域のほうで出た患者さんを、急性期を病院のほうでしっかり受けていただく。そういう関係がしっかりできていると心不全対策にもなるし、コロナの対策にも共通する部分があると強く感じています。

横田会長：ありがとうございます。患者さんを連携して受けるほうの立場から河原委員何かコメントございますか。医療連携という視点からです。

河原委員：特にコメントないですが、それぞれ例えば医療圏や地域で連携の在り方違うと思うので、その部分はその地域でこの趣旨を理念を基に構築していくしかないかなと思っております。以上です。

横田会長：分かりました。ありがとうございます。水谷委員は脳外科の立場から、特に出血性の脳卒中を多く治療されていると思いますが、医療連携という立場から、特に出血性脳卒中、もちろん虚血性でもかまわないですが、何かコメントございますでしょうか。

水谷委員：うちの病院の立場からいうと、ケースワーカーの方を通じて医療連携でネットワーク通じてやっているということで、特にそれ以上のコメントは今のところはありません。

横田会長：この課題の①が出ているんですが、②のところ見せてくれますか。ここでクリティカルパスのことが出てくるのですけれども、ここの発展をさせるというところが、先ほど

の東京総合医療ネットワークのような考えだと思います。今までの紙媒体というのは手間が掛かってしまうので、ICTを活用したシステムをうまく使えたらなと思っています。

水谷委員：前回の会議で確かクリティカルパスがうまくいかなくて、点数取るだけに終始しちゃって結局うまくいかなくなって廃れたとあって、委員の先生どなたかが言われたかと思うんですが。私も実際そういう印象を持っていて、紙媒体だけではなくて患者さんの家族背景やバックグラウンドをきめ細かく理解した上で、それでケースワーカーを充実させてそれでやったほうが結局うまくいっているなという印象は持っています。

横田会長：そうですね。紙媒体だとどうしてもうまくいかなくて、電子カルテの共有のほうがはるかに効率もいいし、細かなところも分かるので、欲しい情報も取れます。事務局からはクリティカルパスのことが書かれているんですが、事務局のお考えはどうか。矢沢理事お願いします。

矢沢理事：ありがとうございます。私どもも、もうクリティカルパスは書かなくてもいいかなぐらいの感じだったんですが、イメージを持ってもらう意味でこの言葉を使いました。より発展させというのは、例えばITを使ってやそういうことですし、より効果的に効率的にというのは、患者背景も含めたまさに今議論のあったとおりのので、その辺りをこの計画期間中なるべく早く検討を進めたいと考えております。以上です。

横田会長：ありがとうございます。クリティカルパスの目的も、まさに情報共有と連携というところですね。それができればツールに関しては特にこだわらないということだと思います。ありがとうございます。

木村委員：横田先生いいですか。

横田会長：お願いします。木村先生ですね。

木村委員：木村です。東京はたくさんリハビリ病院があるので、急性期からリハビリ病院への移動は非常にうまくいっていると思うんです。その後リハビリ病院からクリニックや自宅に帰られた患者さんがどうなっているかというのが、急性期のほうやっている医者はほとんど分からなくて、その辺のところをぜひ今後急性期からクリニック、自宅に帰ってどうなっているかという連携じゃないですが、体制を分かるようになるといいのかなと思います。

横田会長：そうですね。先ほど新井委員の東京医療総合ネットワークがもっともっと加入の

医療機関が増えると、こういう部分も木村委員からの指摘もクリアされるわけですね。

木村委員：ぜひ今後よろしくお願いします。

横田会長：迫村委員、今の木村先生からのコメントはどのように考えますでしょうか。

迫村委員：私のいる新宿区でも、以前に地域のリハビリが意外と利用されていないということを課題として1年間やったことがあるんですが、一つのポイントとしては地域のリハビリの資源が、どこにどういう人がいてどういうふうに行っているのかと、意外と開業医やほかの人にも見えていないというのはありまして、そのところはしっかり見える化して、病院でやっていたリハビリの情報もきちんと伝えなきゃいけないし、地域のリハがどこに例えばSTさんがいる、どこにどのぐらいやってくれるところがあるのかというようなことです。あと脳神経のほうの先生方が言っていらっしゃいましたけれども、地域で介護保険の枠でリハやる限界みたいなことがあるので、実際介護保険施設でどのぐらいのリハをやってくれるのか。どのぐらい積極的にやってくれるのかということが本当に具体的なことになってきますけれども、そういうところが見える化しておくというのが、非常に重要なことだと思っています。以上です。

横田会長：そうですね。私も急性期に関わる医療機関に勤務していたので、患者さんが急性期医療機関から転院した後、どうなっているのかなというのが一番気になる場所でした。ありがとうございます。それが把握できるようなシステムが、しかも自分が必要とするときに情報を取ることができるシステムができると良いと思います。そういうところを強化していく必要があると思います。後で小児のことを伺うとして、ここは連携の部分なので、医療を受ける立場の皆さんからもう一度コメント頂きたいと思います。脳卒中協会の副理事長の川勝委員、あるいは日本心臓ペースメーカー友の会の東京支部長の村林委員、何かこの情報共有の部分というような部分でコメントございますでしょうか。

村林委員：村林ですけれどもよろしいでしょうか。

横田会長：お願いします。

村林委員：ちょっとあまりこれ現実的な気がしないんですけれども。

横田会長：どうぞ。

村林委員：実は具体的に申し上げますと、私、国立国際医療センターに通っているんですが、

今わりと街のクリニックに紹介して、通常はそちらで診療を受けてくれというふうにやっているようなんですけれども、それはいいことだと思うんですが、実は提携の私の近所のクリニックを紹介していただいたんですが、紹介状を含めていろんな病状のシートやなんとかというのは紙なんです。分厚い紙で。提携病院同士でもまだまだネットワークの連携みたいなことが進んでいるとは思えないんですけれども、これはどの程度ベースで進めて、どの程度でどのような構築の仕方をするのか、具体的などころをお聞かせ願えれば安心できると思います。

横田会長：今ご指摘いただいたところ非常に頭の痛いところですよ。どうしても作業や診療に追われて紙媒体で診療情報提供書を書くときに、全て細かく書けない。受け取る側からしてみれば、必要な情報を取れない。そこはジレンマだと思うので、新井委員もう一度東京医療総合ネットワークの今の現状とといいますか、どれほど普及しているかという視点からいかがでしょうか。

新井委員：ありがとうございます。東京総合医療ネットワークについて簡単にご説明しますと、まずこれが病院間の中での電子カルテの共有ということで構築化されまして、その次に今進んでいるところが、ペースメーカーのお話でもございましたけれども、一般のクリニックの先生たちと、それから病院との間でカルテを共有するという、一つの基幹病院とっていいんですかね。地域の病院と連携しているクリニックがネットワークを作ってそこでカルテを共有するというかたちで、二段構えで今構築をしているところですよ。そういうところをこれからもっと啓発して、参加していただかなければいけないんですけれども、そういうかたちで進めているというところですよ。まだ数はそれほど多くはなっていないんですけれども、東京都全域でそれが進められればと思っています。以上です。

横田会長：ありがとうございます。東京都医師会の勉強会や講演会に、この東京医療総合ネットワークに私も出席したことがあります。もっと広報といいますか。お知らせいただいて、それぞれの医療機関が使えるようになると本当の意味で機能してくるのかなと思えました。ありがとうございます。川勝委員何かコメントございますでしょうか。よろしいですか。

川勝委員：川勝です。

横田会長：お願いします。

川勝委員：コメント求められているのでお話を若干したいと思います。

横田会長：マイクがちょっと遠いようです。

川勝委員：大丈夫ですか。遠いですか。

横田会長：ぎりぎり聞こえます。大丈夫です。

川勝委員：脳卒中の患者というのは、ほとんど後遺症を持っていますよね。ですから後遺症のある方というのは、非常にお医者さんにいろんなことの相談をしたいんです。もちろんリハの先生にも相談をするわけですが、そのときに私ではないですけどもはっきり言ってお医者さん間の格差が激しい。能力じゃなくて思いですよ。ペイシエントファーストという言葉がありますけれども、これを忘れていらっしゃるようなお医者さんがいらっしゃるようなご意見をたまに聞きます。ですからこれは根本的な問題かもしれないので、木村和美教授には大変耳の痛い話で恐縮ですけども、私はもうちょっと教育というか、お医者さんへの啓発教育を強めるべきではないかなと。だから患者が何に苦しんでいるのか。もちろん経験されたことがないことですから、患者しか分からない部分が極めてあるんですけども、これをもっともお医者さんに教える機会もこれから作らないといけなかなとということで、脳卒中協会かかりつけ医の皆さんの教育というのもテーマなんですけれども、これは国としても行政としても自治体としても、ぜひとも取り組んでいただければなというのが思いであります。以上です。

横田会長：ありがとうございます。今回のこの報告書にも人材の育成という広い意味で今のご指摘は関わってくると思います。私ども医療を提供する側としては頭が痛く、しかも重要なことだと思いました。ありがとうございます。それでは4番目、課題の4です。ここで小児と若年期というキーワードが出てきますが、小児に関しては数的にはそれほど多くないですが、極めて重要で、循環器医療対策基本推進基本計画にも記載されているポイントです。ここに関しては前回の協議会で三浦委員のほうからもお話がありました、三浦委員から追加で何かコメントございますでしょうか。

三浦委員：この先天性心疾患を中心に医療を整備するという事も書かれておりますし、それからまた非常に重要なテーマである移行期医療についても述べられておりますので、特に修正点はございません。盛り込んでいただきまして誠にありがとうございます。

。

横田会長：ありがとうございます。患者さん側からの立場から、東京たま心臓病の子どもを守る会の会長の川口委員のほうから何かコメントございますか。川口委員今ミュートになっていますね。

川口委員：大丈夫でしょうか。

横田会長：聞こえます。

川口委員：三浦先生がお話されましたように、患者としても先天性心疾患の内容が盛り込まれていることに感謝の気持ちでいっぱいしております。最近、診ていただいている病院からクリニックへの診察と変わる体制になりつつありますがその際に疾患のことを理解いただけない事もあります。もう少しご理解いただける努力をしていただけたらありがたいと思います。

横田会長：このコメントに関しては特にご意見ありますでしょうか。

川口委員：今のところ伺うだけで精いっぱいなので、また何かありましたら意見を言わせていただきたいと思います。

横田会長：不足等のところがあったら、ぜひご指摘いただきたいと思います。ありがとうございます。

それでは、今基本目標の 2 のところを皆さんに議論していただきました。それでは基本目標の 3 のほうに移りたいと思います。基本目標の 3 は目標の 2 と大きく関わりますが、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実というところで、ポイントとしては 7 つありますね。健康づくり・健診普及の推進。これは予防というところで非常に大切かと思えます。2 番目として医療・介護連携の推進。これは今議論したところと大きく関わる所です。それから 3 番目、在宅におけるリハビリテーションの取り組み。4 番目としては緩和ケア。5 番目が今お話しした情報提供と相互支援。6 番目が治療と仕事の両立支援。これはまさに地域包括ケアの骨格のところだと思います。それからこれも予防と関わります。都民の普及啓発。その後の情報提供等も含めてです。こういう課題が指摘されています。まず予防に関しては、いかがでしょうか。特に脳卒中協会の川勝委員。脳卒中協会として力を入れているところだと思いますがいかがでしょうか。よろしいでしょうか。あるいは心疾患の立場からも、高山先生あるいは清水先生から何かご指摘いただければと思います。

川勝委員：すみません。川勝です。よろしいでしょうか。

横田会長：はい。お願いします。

川勝委員：今回声聞こえますか。

横田会長：よく聞こえます。

川勝委員：マイクを付けました。すみません。この計画見ている、取り組みの方向性とまず課題の一つ目に書いてあって、循環器病の予防、検診の普及、知識の普及啓発。これはよいんですけども、その次の行に、都民、区市町村、事業者、医療関係者等による生活習慣病の発症予防と早期発見。こういう記載が出てくるんですね。生活習慣病がここに突然出てくるのは違和感を感じておまして、もちろん生活習慣病の改善が大事だということを言いたいのは分かるんですけども、ここはずばっと都民、区市町村、事業者、医療関係者等による脳卒中、循環器病の発症予防と発症時対応という表題に変えたほうがいいんじゃないかと思っています。生活習慣病という文言をここに出しても、その解説をずっとしなきゃいけないんで、この計画というのは脳卒中と循環器病をとにかく減らしたいというそういう思いからできているんで、明快にそこは出したほうが良いと思います。

横田会長：なるほど。事務局今ご指摘のところはどうでしょうか。

矢沢理事：ちょっと検討させてください。

川勝委員：お願いします。

横田会長：ほかに川勝委員何かございますか。

川勝委員：マスメディアに関して言いたいことあるんですけども、後で言いたいパートがありますから、そこで申し上げます。

横田会長：そうですか。

高山委員：高山ですけどもよろしいですか。

横田会長：ぜひお願いします。

高山委員：ちょうど今脳卒中、循環器病というところ私も気になっていたところで、まさにそのとおりに強調すべきところだと思います。そして前回も私申し上げましたけれども、都民、区市町村、事業者、医療関係者等によるというところ、あと学校教育ですね。これはここに学校教育等の現場でのものをここに入れていいんじゃないかと思うんですがいかがでしょうか。

横田会長：若いときからの普及啓発活動ですね。

高山委員：そうですね。多分喫煙に関しては学校でやって全くおかしくないことですし、それが肺がんだけでなく循環器はまさに強く関係していますので、これぜひ入れてほしいなと思います。

横田会長：実際に心肺蘇生も学校教育で取り入れられています。

高山委員：そうです。

横田会長：心肺蘇生を必要とにならないようにするのも、確かに大切ですね。基本目標の3のところの言葉の使い方なんですけれども、地域包括ケアにおける治し、なおしと読んでいいんですか。

久村課長：はい。

矢沢理事：はい。

横田会長：支える医療の充実。治しが言葉として違和感があるのですが。何かほかの表現がないのかなと思って、いかがでしょうね、事務局。

矢沢理事：地域包括ケアシステムという考え方の中に、患者さんを治すということと、支えるということが重要だというふうに書かれておまして、今書き方で保健医療計画もそれから地域医療構想もこの表現で。

横田会長：こういう言葉を使っているんですね。

矢沢理事：そうなんです。申し訳ありません。

横田会長：すみません。私が不勉強でした。

矢沢理事：そこは共通の目標にしたほうが。

横田会長：分かりました。

矢沢理事：すみません。

横田会長：2番目の医療・介護の連携というのは、地域包括ケアも根本のところかと思いますが、ここに関してはよろしいでしょうか。東京都病院協会の立場から宮崎先生、何かコメントございます？

宮崎委員：宮崎です。どうもありがとうございます。特にあまり記すべきことはございません。すみません。

横田会長：何か不足している部分や不適切な部分というのは、取りあえず大丈夫そうですか。もし、後でももちろんかまいませんけれども。

宮崎委員：見せていただいたんですけれども、非常に詳細にわたっていろいろ書いてございまして、特に何かということはないです。

横田会長：ありがとうございます。あと医療という面で、非常に急性期からこの慢性期、リハビリテーションのところはどうしても活躍していただいている看護師の立場から、渡邊委員何かコメントございますでしょうか。

渡邊委員：課題3の在宅におけるというところでもよろしいですか。

横田会長：もちろんいいですよ。

渡邊委員：私、資料4の18ページと19ページにあります患者数の推移のところ、心不全患者の推移のところだけが、29年度に限ってみるとですけれども、ここだけがほかの疾患は下がっているんですけれどもここだけが統計上増えているのが気になっておりました。

横田会長：どこでしたか。

渡邊委員：18と19ページの資料の③の心不全患者数の推移だけがほかのところは減っているんですけれども、増えていますよね。

横田会長：心不全だけが増えているんですね。

渡邊委員：ええ。それはもちろん急性期の患者さんを救ったがためにとはおかしいですがそういう恩恵もあり、きっとその後心不全になった患者さんも増えているし、高齢化ということも関係しているんだと思いますけれども、結局どなたかさつき先生もおっしゃいまし

たけれども、在宅とクリニック行った後の心不全の後のフォローというかな。そういったリハに関係することが継続されていないということが、不全患者さんが増えているし、その後も悪化をしてひどい場合は亡くなったりしていることにもつながるんだと思うんです。そうなりますと在宅におけるリハビリテーションの取り組みというのは、非常に重要であって、ここの取り組みの方向性というか丸ポチ 3 つありますけれども、例えば地域で適切なリハビリテーションという「適切な」や、それから同じように一番最後のほうの適切に心臓リハビリテーションが実施されるようにという。

こういったことの適切ということをどういうふうに適切にやる必要があるのかなということや、ちゃんとしていく必要が、もっと具体的にしていく必要があるのかなと思いました。

横田会長：ありがとうございます。慢性心不全に関しては非常に難しい病態で、かつ国の協議会でも議論があったところです。確かにグラフを見ると増えている。具体的にどのように対応すべきかということなんです。事務局のほうは現時点で考えていることはございますでしょうか。

久村課長：ありがとうございます。まず地域のリハビリテーション全体の底上げという意味でいきますと、2つ目のポチで書いてございますけれども地域リハビリテーション支援体制充実というふうな取り組みを今考えているところでございます。そういった取り組みの中で、まだ十分議論しきれていないところがあるとすれば、そういった心不全への対応等々についても、ある意味この循環器計画がきっかけで取り組みが進めばということもございますので、そういった意識をもって必要ところはきちんと議論して進めていきたいと。これ適切というところが何なのかということや、そういったところで議論検討した上で進めていきたいと考えています。

横田会長：何か特別に補助や支援体制を考えているなど、そんな方向性を考えているということでしょうか。

久村課長：地域リハビリテーション支援体制のところは、今、安保先生はじめとしまして、リハビリテーションの協議会のほうで具体的なご議論検討いただいているところでございます。

横田会長：今、高山先生、慢性心不全のリハビリという現状というのはどのようになっているのでしょうか。

高山委員：慢性心不全のリハビリテーションに関しては、病院で取り組んでいるところはまだまだ非常に少ないです。4分の1もないと思いますね。そしてなおかつこれは外来の退院

後にしますと、もう非常に難しいです。なぜならば心臓リハビリテーション認定を持っている理療療法やられている方、現状の介護保険レベルでは非常に少ないですね。私もこの心不全の外来で、もっとリハビリをやってほしいというふうにきちんと注文しても、心リハを持っていないとやはり心臓病は怖くてやれないと言って断ってきちゃうんです。どこもなんです。これをまず解決することが非常に大きいことなんで、この辺安先生ご意見頂きたいなと思うんですがいかがでしょうか。

横田会長：安先生いかがでしょう。今、高山先生の質問。診療報酬等も含めていかがでしょうか。

安委員：結局は脳血管のあとの方々もやはり年を取ってくると心臓が悪くなってきたりする人多いですから、究極の話介護保険のリハビリテーションのレベルを上げないと話にならないと思うんですね。

高山委員：そのとおりですね。

安委員：なので、先ほどある先生が介護保険になると何をやっているか分からないと話されていました。医療保険に関しては、東京都がどの病院でどのような訓練をしているかという案内の本を出してくれています。しかしながら介護保険に関していうと地域性が強い分、各病院で併設している通所リハビリテーションなどでは意思の疎通をしやすい場合がありますが、単独で通所リハビリテーションをやっている介護施設というのはなかなか、どのくらいのリハビリテーションをされているのか判断しきれないところがあります。なので医師会と大学病院など教育機関と連携をして、介護保険のリハビリテーション治療の質を上げていくということを基本的にはやらなければ絶対駄目だなと思っています。なので、そうしたところに循環器の先生方にも介護保険に関わる理学療法士や作業療法士たちの教育のレベルアップに関わってもらえることが大切になります。

リハビリテーション治療は医療と介護でかなり差があります。医療保険だとほとんどが訓練士1に対して患者さん1という1対1対応ですが、介護保険になると1対1対応ではなくて、1対多数ということにあります。診療報酬のところでもかなりの差があるので、今の時点ではどうしようもない問題です。しかしながら、その辺を東京はわりと施設が多いですし、大学病院も多いですし、教育機関としてもかなりたくさんあるので、差を少なくするようにそこはやっていかなきゃいけないと思っています。東京都でいくつかの病院が、地域のリハビリテーション支援センターという指定を受けていますが、介護保険下の訓練を併設しているところもありますが、ほとんど医療保険主体で訓練しているところがほとんどです。同じことをいいますが、地域の医師会の先生方と共に、リハビリテーション治療を医療と介護が連携してレベルアップをやっていくしかないかと強く思っています。

横田会長：ありがとうございます。高山先生、安保先生おっしゃったように介護のほうになると医療機関側からは見えないという部分、それから診療報酬の点で、リハビリをしようとしてもなかなかできないという事情があるところです。都としてもうまくかじ取りをしていただきたいと思いますので、事務局よろしくをお願いします。

久村課長：はい。ありがとうございます。

横田会長：情報提供のところは先ほどお話ありましたよね。それから6と7は関係すると思います。都民の普及啓発は事務局補足の説明いただけますか。個人的に気になったのが、ここでACPのことが書かれていますよ。ACPのことを書くのは重要だと思うのですが、ACPは本来広い意味が実はあるのです。最近狭い意味で使われていて、積極的な治療をしないという議論のプロセスだけをACPというふうに捉えている傾向があります。本来はもっと広い意味を持っている概念だというふうに私は理解しています。補足も含めてこの7番の都民の普及啓発というところをご説明いただけますでしょうか。

剣持課長代理：横田先生。申し訳ございません。私が以前送付いたしました資料が7番に普及啓発があったものでございまして、本日大変資料の送付が遅くなりましたが、最新版ですと課題の1のところの循環器病の予防・健診の普及と一緒に、知識の普及啓発の項目課題に盛り込ませていただいておりますので、皆さんご覧いただいているものと30ページの課題1のところは今、横田先生がおっしゃっているACPに関する普及啓発の実施について記載されておりますので、すみません。よろしく願いいたします。申し訳ございませんでした。

横田会長：この普及啓発というのは教育的なことも含まれるわけですよね。

久村課長：そうですね。ですからまさに先生おっしゃられたようにこちらにも書かせていただいたんですけども、例えばACPでいうと患者さんが自らの希望する医療それからケアを受けることができるように考えていただいて、話し合っていてというふうなプロセスというところがございます。なので例えば変な話になりますけれども、ACPというと人生の最終段階だけに着目されるようなことがあるかと思っておりますけれども。

横田会長：そうなんです。

久村課長：そうではなくてプロセスであり、最初から最後まで一貫して関係する内容だと思っております。そういったものをこの循環器の中でも取り上げていきたいというふうな、緩

和ケアにもつながりますし当然リハビリにもつながりますしというようなところで書かせていただきました。

横田会長：ここでACPという概念もちろん関わってきますが、ACPの議論は今、久村課長がおっしゃったように、人生の最終段階のところで積極的な治療をしないということだけに目が向けられている狭い意味のACPの議論が盛んにされています。このACPという意味がもっと広い意味だと思います。

久村課長：そうですね。

横田会長：だからこれを見た都民の皆さんが勘違いされないように、うまく記載できないかなと思って資料を見ていました。

久村課長：分かりました。その辺り整理をさせていただきます。それとACPにつきましてはお互いのほうの取り組みとして普及啓発の取り組み、冊子を作ったりということは行っておりますので、そういった取り組みを踏まえての記載でございます。

矢沢理事：リーフレットを作っているのですが、そのご紹介をこの後に入れるようにして、ホームページ等で見られますので、そうしたことをここに後ろに入れるようにいたします。そうすれば都の考えているACPというのは人生の最後のことだけではないということがご理解いただけるんじゃないかなと思いますので、それを追加いたします。

横田会長：そうですね。ぜひ米印などを付けて説明するといいと思います。

矢沢理事：そうですね。

横田会長：ここを参照にさせていただくということですね。

矢沢理事：ありがとうございます。追記いたします。

横田会長：この部分は患者さん側の視点からで、もう一度川勝委員や村林委員あるいは川口委員のほうからご意見頂戴したいと思いますがいかがでしょうか。

川勝委員：川勝です。東京都の計画という意味ではもっとシンプルでいいと思うんです。主管の事務局の皆さんのいろんな思いなのか、この機に乗じていろんなことを付けたいという十把一絡げになっているような気がする。余計だと思いますよ。こんなの。むしろそれだ

ったら、もっと患者動機付けるような普及啓発。例えば僕はさっき気付いたんですけども、患者数データがあったでしょう。脳が東京都 8 万 2,000 人。心疾患が 4 万 2,000 人。トータルで 12 万 4,000 人の年間の方が患者としていますよ。1 日になおすと 340 人なんです。今コロナの数減ってきていますけれども、間もなく 300 人台でいくと思うので、ほぼ同じ人数が 1 日発症しているわけです。そういう事実をもっと使って動機付けをしないと普及啓発は進められないです。興味を持ってもらえないと駄目なんです。ACP とはなんぞやという話から入ったら、肝心の脳と心臓の早期の予防、そんな話は吹っ飛んでしまうのでこれは要らないと思います。以上です。

横田会長：ありがとうございます。1 番目のところの発症のリスクや生活習慣の改善が普及啓発として大切だというご意見ですね。川口委員のほうから何かございますか。よろしいですか。

川口委員：別に今のところは意見というものはございません。

横田会長：子どもたちということで、特に保護者の皆さんへのメッセージというようなところは、ここに書かれているような内容でよろしいですか。

川口委員：啓発をどのような方法で行うか、どのようにしたら効果があるのか現状ではあまりませんので考えさせて下さい。

横田会長：今、患者さん支援のためには、東京都もさまざまなシステムがあるので、そういうことも情報提供が必要と思います。また、それも多分普及啓発の中に入ってくると思うので、そういうのも書けるようにするといいのかなと思いました。ありがとうございます。

川口委員：生活習慣病という言葉がたくさんありますが、先天性心疾患の場合はそのことで誤解を招かれることが良くあります。これらのことを理解いただき病気の説明をしっかりと明記いただけたらと思っています。

横田会長：小児に特化したというか。

川口委員：そうです。

横田会長：小児の特徴を表現できるような記載ですね。分かりました。

川口委員：生活習慣病の原因になる生活をしていたから心臓病の子どもが生まれたのでは

と誤解をされる方もいます。先天性の場合は、そのことが原因で発症したのではないということ明記いただけたらと思います。先天性心疾患を生活習慣病と結び付けて考えている方が、世間一般的に結構いらっしゃるんですよね。そこを払拭できるよう考えていただけるとありがたいと思います。

横田会長：ありがとうございます。

高山委員：ちょっと補足させてもらっていいですか。

横田会長：お願いします。

高山委員：やはり生活習慣病というのは僕は取ってしまうべきだと思うんですね。元々先天性心疾患で不整脈から脳卒中になってしまう方や、●があつて脳卒中を起こしてしまう方は子どもにもたくさんあるわけですよ。そういうところまで含めて循環器病として脳卒中との関わりは非常に大きいんで、ですからこれはこの生活習慣病はむしろ取ってしまつて、分かるように表現を持っていったほうがいいと思うんですね。

横田会長：小児に限らずという意味ですか。

高山委員：小児に限らずですよ。これは特に移行期医療というふうに関しては、成人の方がそれこそ 50 歳 60 歳の方も小児科の先生方が移行期として診ていらっしゃるんで、そういうところを本来であれば糖尿病やそういう問題も出てくるんですが、なかなか難しい部分もあるんですが、表現としては生活習慣病というところは入れないほうが私は妥当かなと思います。

横田会長：分かりました。いろいろご意見があるようですね。

川口委員：ありがとうございます。

横田会長：よろしいでしょうか。それでは時間も限られていますので、最後の基本目標の 4 番目です。安心して暮らせる東京を築く人材確保・育成。人材育成で、急性期とそれから在宅、慢性期です。それから連携、相談支援を担う人材などを 4 つの柱の 4 番目として記載されています。ここに関してはいかがでしょうか。急性期、特に循環器心疾患それから脳卒中、ドクターだけではなくてさまざまな人材育成ということが大切だと思います。救急隊の教育も含まれると思うんですが、門倉東京消防庁救急部長の代理で三ツ井課長が出席されていますが、ご意見何かございますでしょうか。救急隊の教育という意味で。法律にも書か

れています。三ツ井さん退席されましたか。

久村課長：まだいらっしゃいます。OKです。

横田会長：三ツ井さん何かコメントございますか。

三ツ井委員：横田先生大変ありがとうございます、こちらの計画の中では、救急隊員の教育や観察、判断の要領等のことがうたわれております。したがってここの計画でこのようにお決めいただければ、あとは今後メディカルコントロール協議会の中でまたいろいろとご議論いただけたらと思っておりますので、いろいろと相談をさせていただきながら進められる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：看護の視点からは急性期か慢性期まで幅広く対応しなくてはいけないんですが、渡邊委員。看護の視点からここに関して何かコメントございますでしょうか。

渡邊委員：この4に関してですよ。

横田会長：そうです。人材育成に関して。

渡邊委員：先ほどの続きになるんですけども、さっきとすごく関係が深いこの課題2ですよ。結局在宅療養を心不全のことでいえば、在宅療養を支える人材の育成と先ほど先生もおっしゃいましたけれども、そういう方もきちんと育成していかないと、結局在宅に移行して心不全の患者さんをケアできないのではないかと思います。すごく関係していると思います。

横田会長：看護協会から何かリクエストと申しますか。ありますでしょうか。

渡邊委員：リクエストですかね、ここの課題1のところにも書いています慢性心不全認定看護師の質の高い育成と申しますか。

まだ心不全を担う分野の認定看護師がどのくらいいるか、今まだ把握していませんけれども、認定看護師教育は少なくとも1年ぐらいどうしてもかかってしまうし。現場から離れてしまいますので、そういった人材を教育していくために出しやすくしていただければ、もっとその分野に進む看護師もいるのではないかなと思います。

横田会長：そのためにはどういう施策が必要ですか。

渡邊委員：やっぱり診療報酬ですか。

横田会長：そうですね。

渡邊委員：ええ。

横田会長：若いナースが急性期も含めて循環器に興味を持つような、そんな取り組みというのは具体的には何かしていますでしょうか。

渡邊委員：いえ、特にそれに特化したというようなことは。

横田会長：そうですか。

渡邊委員：ないですね。

横田会長：分かりました。ありがとうございます。それでは③、3番目ですね。相談支援を担う人材の確保・育成ということで、行政と絡む部分なので、今日行政のほうから参加されています高木委員、小堀委員、田口委員のほうから何かコメントございますでしょうか。小堀委員は今日のご欠席ですね。高木委員、田口委員コメントございますでしょうか。

高木委員：ありがとうございます。台東保健所高木と申します。相談支援の人材確保・支援ということで行政からの意見をということなんですけれども、保健所が循環器病に限らず、さまざまな健康問題のご相談に応じる保健師が対応させていただいているわけですので、必ずしももちろん循環器病の専門ということでもありませんし、病気の個別の相談について、なかなか詳細ご相談に乗るということは難しい状況にもありますので、先ほど接続が切れてしまって15分ほど参加できていなかったのですが、その間議論を伺っていないんですけども、在宅療養の支援に向けて患者さんの生活全体を支えていくという観点でご相談に乗っていくような人材のほう育成していきたいというふうに考えてございます。

横田会長：具体的な取り組みというのはされているのでしょうか。

高木委員：循環器病に限ってということでは今やってはいないところ。

横田会長：在宅という視点では取り組みを保健所としてはされているのでしょうか。

高木委員：先ほど申し上げたように途中接続切れてしまって、取り組みの地域包括ケアシス

テムのところから伺えていなかったんですけども、在宅療養としてというところは、まずは地域の関係者との共有の場などを区市町村もつくりまして、体制整備には務めているところがございます。それと地域だけでは限界があるということもありますので、入院患者さんが離れた地域に入られ、全く情報がなく気が付いたら戻っておられているということもありますので、そういった意味での連携を図りたいと思っておりますけれども、そういったときに適切にご相談に乗ってコーディネーターができるようにということでは職員も情報共有に努めてスキルアップを図っているところがございます。

横田会長：ありがとうございます。新型コロナウイルス感染拡大の状況で、保健所は本当にお忙しいと思うのですが、落ち着いたらまた情報提供も含めてこのような活動をさらに深めていただければと思います。田口委員のほうから何かコメントございますでしょうか。

田口委員：島しょ保健所田口と申します。私の管轄の地域の島しょというところは非常に循環器、あと脳卒中の病気の多いところで、これはもう普及啓発から教育からいろんなことが必要な地域でございます。心筋梗塞になって脳卒中になって、みんなへりで東京に運ばれると。またなかなか支援もないもので、なかなかそれで障害を負ってしまうと戻ってくるのが難しくなったりということなので、予防の取り組みは非常に大切かと思っています。

その中で人材の確保・育成というところだと、都立広尾病院のほうから島しょの地域の介護人材などに普及啓発、教育、あとカンファレンスなどを行ってもらうような体制を、病院経営本部さんと医療政策部さんのほうで作っていただいて、少しずつ今実現をしているところです。以上です。

横田会長：ありがとうございました。島しょは地理的にも非常に制限のかかると思います。その中での取り組み、特に都立広尾病院と連携のお話でした。ありがとうございます。司会進行の不手際で時間がもう過ぎていきますけれども、全体を俯瞰して加島委員のほうからコメントを頂けませんか。

加島委員：保険者の立場として先ほどの取り組みの方向性として書かれていることについては、総括的なことが書かれていますのでこれで結構だと思うんですが、それを具体的に予防事業として保険者がどういうふうに取り組んでいくのかということについては、なかなか難しいと思うんで、今島しょ保健所の所長さんが田口先生がおっしゃったように、例えば島しょの場合は、心臓、循環器系が患者さんかなり多いということなんで、例えばその原因が塩分の取り過ぎや血圧が高いなど、たばこやお酒を飲むなど、そういう先ほど生活習慣病の話もあったんですけども、そういうところからもし予防ができるんだったらモデル事業みたいなかたちで島しょを選んで、具体的にやっていただければそれがほかの保険者の予防事業として取り組んでいけるのかなと思うんで、どこか小さいところでも区市町村な

どでモデル的に取り組んで、実際に循環器病患者さんが少なくなるというような実績が積んでいければ。

横田会長：そうなりといいですよね。

加島委員：そんなこともここでは書けないでしょうけれども、次の段階としては考えられるのかなと思っております。すみません、ありがとうございます。

横田会長：ありがとうございます。今、加島委員のほうから次の段階というふうなお話がありました。先ほど事務局の剣持さんのほうから、今後の予定のことを冒頭にお話いただきました。もう一度情報共有という意味で、今後の予定に関してお話いただけますでしょうか。

剣持課長代理：今後のスケジュールですが、5月の末からパブリックコメントおよび関係団体等への意見照会を実施いたします。

横田会長：今日の議論を踏まえてパブリックコメントにかけるのですね。

剣持課長代理：はい。修正などを加えましてパブリックコメントにかけさせていただきます。

横田会長：それは一定の期間、委員の皆さんに見ていただいた後にパブコメというふうな手順でよろしいですね。

久村課長：はい。今日頂いたご意見を踏まえてというところと、ただお時間もございましたので、これからの意見も踏まえさせていただきますけれども、パブコメとのもしかすると同時進行ということもあるかもしれないです。

横田会長：なるほど。分かりました。その後はどうですか？

剣持課長代理：この後パブコメ終了後修正を加えまして、本協議会とあと医療審議会のほうへご報告させていただきます。7月1日に公表を予定しております。

横田会長：この協議会への報告は、これはこのような会議体をやるわけではなくて、メール等の報告というふうな理解でよろしいですか。

久村課長：そうですね。書面での開催というのも見据えて考えております。

横田会長：ありがとうございました。今日活発な議論をしていただきました。

川勝委員：すみません。

横田会長：何か？

川勝委員：ご意見あります。

横田会長：お願いします。

川勝委員：どうもこれで終わりだというそういう気配になっているので、ご意見一つ最後の意見を求められなかったんです。第4章計画の推進主体の役割とありますね。

横田会長：第4章の？

川勝委員：計画の推進主体の役割。

横田会長：はい。

川勝委員：ここについて意見があるんですけども。

横田会長：お願いします。

川勝委員：すみません。実は私ずっと国の協議会でも申し上げてきたんですけども、それを受けて国の計画に入ったのが、前兆症状発症時対処法。早期受診の重要性に関する知識啓発が重要ですという文言を国の計画に入れてもらいました。分かりやすく効果的にいかにこれを行うかというのが課題なんですけれども、それをやっていくのがこの計画の推進主体の皆さんだと思えます。これを拝見いたしますと行政と医療の従事者の皆さん、都民もあるわけなんですけれども、一番私がこれに6として絶対追加してほしいというのはマスメディアですね。マスメディアの役割として、これは協力要請なんでしょうけれども、循環器病が発症したときにすぐ対応してほしいというような番組や報道をもっともっと行うことで知識の啓発ができるはずなんです。これはいかに役所ががんばってね、届かない情報も確実にマスメディアは届けてくれます。毎日コロナの話していますから、みんなコロナ知っていますよね。そういう流れにもっていかないと多分興味を持たないんです。さっきも私言いましたけれども、1日に約340人が東京都内で脳卒中で循環器病搬送されているんですよ。いうことなんかもきっと知らないです。それをメディアがもっとしつこく毎日のようにうねりを

作っていかないと、多分この活動計画をいくらやっても、もちろん病院や医療の従事者の万全の体制を敷いていただくのはベストでいいですよ。でもそこに患者、要はお客さんが行かないと何にもならないんです。そこの啓発が一番漏れているし大事だと思うので、ここの役割としてシンプルで非常に良いシートなんで、6番としてマスメディアの役割として追記していただければ非常に私としてはありがたいです。

横田会長：(1) 行政のところの②、住民に正しい知識普及啓発というようなところに関わってきますが、今のお話だと特出しをしてというご意見ですね。

川勝委員：そうです。ですから極端な話、マスメディアを東京都が集めてプロデューサーに対して循環器病の勉強会やるなどでね。そこまでやらないと多分進まないと思うんです。知らないからこそまあいいやとよけているわけですね。特段の取り組み、特集番組を組んでもらうという意欲までいくような取り組みが必要かと思います。

横田会長：今、高木委員から手が挙がりましたけれどもコメントございますか？

高木委員：今行政機関の役割がベースにというようなお話もございましたので、私も前回の会議でも申し上げたとおり、区市町村がいくら健診に行きましょう、健診を受けましょうという啓発をしても、テレビで芸能人ががんにかかったとたんに、がん検診の受診率が上がるというような、なかなか自治体がPRしただけでは届かない効果がメディアにはあるということで、前回の会議でも申し上げたとおりで、ただ、今ご意見伺ってしまして、本当にそういったマスメディアの効果というのは本当に大きいと私も思いますので、全く同感でお話を伺いまして、ぜひ追加でお願いできればと思ひまして手を挙げさせていただきました。

横田会長：ご意見ありがとうございます。事務局今コメントいかがでしょうか。

矢沢理事：マスメディアに関する働き掛けというところがまだ全く検討が進んでいないので、役割として書くというのがちょっときつかったものですから、普及啓発のところ循環器病などなどについて、SNSやマスメディアを活用した効果的な普及啓発について検討というのを書いたということです。これまでのご意見の中でも特になかったので、記載をさせていただきます。マスメディアに対してどうするかというところは、行政としてもスタンスがかなりきついものがありますので、預らせていただきたいと思います。

横田会長：これに関してもまた今日の議論で修正の部分が皆さんのほうにいきますので、その際にまたご意見頂ければと思います。ありがとうございます。それでは今日予定していた議事は以上でございます。久村課長手が挙がっていました。

久村課長：ちょっとすみません。こちらのほうからまとめをさせていただければと思います。

横田会長：お願いします。

矢沢理事：すみません。23 ページからざっと見直させてください。まず1の高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展のところでは、現状のところはCCU ネットワーク73施設ということが書いてあるだけにとどまっておりますので、ここの辺りにもう少し詳しく記載をするとともに、脳卒中の医療機関についても現在の取り組み状況をもう少し記載をいたします。

横田会長：冒頭に意見頂いたところですね。

矢沢理事：はい。取り組みの方向性の課題1の題名ですが、救命救急センターを中心としたというよりは、高度医療施設を中心としたネットワークなどというように、救命救急センターに限らない記載に直させていただくほか、取り組みの方向性の一番初めにCCU ネットワーク、脳卒中の医療機関などによるネットワークなどの充実、医療提供体制のさらなる充実するような検討を進めるというのを一番最初に述べた上で、2番目を救命救急センターによるネットワークシステムを構築し、救急医療全体の連携を推進すると。また別物であるという書き方をさせていただければと思います。

それから2の医療連携システムのところでございますが、課題2のリハビリテーション体制のところで、地域医療リハビリテーション体制のどんなところがあるのか、課題2です。リハビリテーション体制の充実のところで、地域リハビリテーションのどんな医療資源があるのかということの情報の共有を進めるという記載を足すほか、緩和ケアの推進のところで「疾患の初期段階から後遺症に対するケアも含め継続した緩和ケアが」という記載を追記するほか、3のところの取り組みの方向性課題1、30ページでございますが、この最初の医療関係者等による生活習慣病の発症予防のところを、「脳卒中、循環器病の発症予防」と書き換えるとともに、学校教育と書けるかどうか分かりませんが、「医療、教育関係者による」というような記載をさせていただいた上で、ACPのところは米印を付けて東京都のリーフレットに導くようにいたします。また課題2の医療介護の推進のところの②のポツが多職種連携ポータルということで、東京総合医療ネットワークが病院間の共有、多職種連携ポータルが医療と在宅診療の共有ということで今進めておりますので、その辺りのところに患者が必要とする後遺症の医療、ケアが受けられる体制を充実させるという項目を追加をいたします。

また取り組み4の基本目標4の、安心して暮らせる東京を築く人材の育成のところで、今大学病院等々の育成のことを書きましたが、先ほどの後遺症のことについてしっかり対

応できる人材の育成という項目を追記するほか、看護師のところで認定看護師等というところも、人材育成について検討という項目につきましても看護協会と協力しながらという言葉を追加をしたいと思います。

最後にいただきましたマスメディアについては預からせていただくということで、今日頂いたご意見反映させたいと思いますのでどうぞよろしく願いいたします。以上です。

横田会長：ありがとうございました。委員の皆さんに議論していただいた内容が反映されるということで、本当にお忙しい中参加していただきありがとうございます。立派なこの推進計画ができると思います。それでは最後事務局に進行をお渡ししますので。

木村委員：横田先生。すみません。

横田会長：まだありますか。

木村委員：一つだけすみません。申し訳ないです。もう終わりなので申し訳ないです。

横田会長：木村先生どうぞ。

木村委員：相談支援の充実というのがあるんですけども、これは脳卒中学会もですけども、日循と一緒に作った5カ年計画がありますよね。その中で第二次5カ年計画が2026年まで、この法律と連動しているんですけども、あるんですけども一番の目玉が脳卒中相談窓口というのをつくろうということで動いています。ですから急性期病院の脳卒中センターに脳卒中相談窓口をつくりなさいということで、宮本理事長の熱い思いでこれが一番目玉だよということをおっしゃっていらっしゃるんで、ぜひこの脳卒中相談窓口つくっていただければと思います。

横田会長：ありがとうございました。先生。

木村委員：すみません。最後に。

横田会長：とんでもないです。これは窓口というのは個々の医療機関ということですか。それとも。

木村委員：それはですね先生。脳卒中の患者さんがどこに相談していいか全く分かんないというのが現状なんです。それで患者さんの家族、患者さんが脳卒中センター、急性期の病院につくりなさい。一次脳卒中センターにつくりなさいということをおっしゃっています。ですか

ら急性期の病院の脳卒中センターにぜひつくってくださいというのを脳卒中学会と連動していただければと思います。

横田会長：分かりました。ありがとうございます。

木村委員：すみません。

横田会長：とんでもないです。よろしいでしょうか。事務局これで司会進行を事務局にお渡ししますので、よろしくをお願いします。

久村課長：横田先生ありがとうございます。また委員の皆さま方本日は貴重なご意見をありがとうございました。先ほど理事のほうでまとめさせていただきましたけれども、そういった今日のご意見を踏まえまして、改めてこちらのほう整理させていただきたいと思えますし、また別途追加のご意見等ございましたら、事務局のほうにお寄せいただければと思います。それでは以上をもちまして本日の循環器病対策推進協議会を終了とさせていただきます。改めまして本日は誠にありがとうございました。