

第 2 回

東京都循環器病対策推進協議会

会 議 録

令和 5 年 3 月 2 7 日

東京都福祉保健局

(午後 6時1分 開会)

○千葉課長 皆様お待たせいたしました。定刻となりましたので、ただいまから令和4年度第2回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。

こちらの声は届いていますでしょうか。大丈夫でしょうか。

ありがとうございます。

皆様には、年度末のご多忙のところ、ご出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

私は東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課長の千葉と申します。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、開会に当たりまして、東京都を代表いたしまして、医療改革推進担当部長、小竹よりご挨拶申し上げます。

○小竹部長 皆さんこんにちは。福祉保健局医療改革推進担当部長の小竹でございます。本日はお忙しい中、ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

今年度は、皆様にご協力いただきながら、東京都循環器病対策推進計画に基づきまして、脳卒中、心血管疾患の取組について、部会を設置して検討を進めてまいりました。国におきましては、現在、循環器病対策推進基本計画の改定作業を行っており、東京都も、来年度、計画改定の時期を迎えます。

本日は、国の基本計画の目指す方向性と、東京都の取組や部会での検討状況をご報告し、東京都の第2期循環器病対策推進計画改定に向け、皆様からご意見をいただきたいと思っております。

ウェブ形式の会議でございますけれども、委員の皆様にはそれぞれの立場から、忌憚のないご意見を賜ればと思っております。

本日はどうぞよろしく願いいたします。

○千葉課長 本日の会議は、ウェブ会議形式での開催となっております。大変恐れ入りますが、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けますよう、お願いいたします。

また、ご発言以外のときには、ハウリングを防止するために、ミュートでご参加をお願いいたします。

また、カメラにつきましては、極力オンにしてご参加をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

まず、最初に会議の資料でございます。会議の資料につきましては、次第の下に一覧で書かせていただいております。

資料が資料1から資料5まで、参考資料が参考資料1-1から参考資料5までとなっております。

何か不足の点等ございましたら、そのたびごとに事務局までお申出をお願いいたします。

次に、委員のご紹介でございます。

資料1、東京都循環器病対策推進協議会委員名簿、こちら、本日は委員改選後初めての協議会となりますが、引き続きご就任いただいている委員も多数いらっしゃいますので、大変申し訳ございませんが、時間の都合上、新たにご就任いただいた委員のみ、事務局からご紹介させていただきます。

委員名簿の左のナンバーであります11番、公益社団法人日本訪問看護財団常務理事、平原委員です。

次に、12番、一般社団法人東京医療ソーシャルワーカー協会、池田委員です。

次に、13番、株式会社日経BP総合研究所メディカル・ヘルスラボ所長、庄子委員です。

次に、14番、国際医療福祉大学大学院教授、石山委員です。

最後、ちょっと下のほうに行きまして、23番、特別区保健衛生主管部町会のご推薦で委員にご就任いただいております、豊島区保健福祉部健康担当部長、植原委員です。

また、本日の欠席の委員なんですけども、18番の桃原委員、それから25番の田口委員については、ご欠席のご連絡をいただいております。

また、22番の東京消防庁救急部長、門倉委員につきましては、代理で同救急部救急医務課長の前田様にご出席いただいております。どうぞよろしく願いいたします。

次に、会議の公開についてでございますが、資料2、東京都循環器病対策推進協議会設置要綱の第9の規定に基づき、当協議会は、会議、会議録及び会議に係る資料につきましては、公開とさせていただきます。ご承知おきよろしく願いいたします。

なお、それに伴いまして、本日は傍聴の方が既にご参加をされておりますので、こちらも併せてご承知おきをお願いいたします。

次に、委員改選後の委員会協議会でございますので、会長の選任を行わせていただきます。

先ほど申し上げました、資料2、東京都循環器病対策推進協議会設置要綱第5の規定に基づきまして、委員の互選により会長選任をお願いしたいと思っておりますが、委員の中でどなたかご発言等々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。よろしいでしょうか。

○千葉課長 新井委員、お願いします。

○新井委員 私から、日本体育大学大学院教授の横田裕行先生を推薦させていただきます。

横田先生は、長年、日本医科大学附属病院の救命救急センター長としてご活躍され、救急医療の分野に精通していること、また、東京都の救急医療対策協議会や、国の循環器病対策推進協議会の委員も歴任されていることから、東京都の本協議会の会長に適任であると考えます。

よろしく願いいたします。

○千葉課長 ありがとうございます。

ただいま新井委員から、横田委員を会長に推薦するのご提案がございましたが、皆様いかがでございましょうか。よろしければ拍手をしていただけますか。

(拍手)

○千葉課長 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思います。横田先生、一言ご挨拶いただけますでしょうか。

○横田会長 ご推薦ありがとうございました。新井先生、ありがとうございます。また、委員の皆様、ありがとうございました。

この非常に重要な役割を担って、東京都循環器病対策推進協議会の会長として、尽力してまいりたいと。

○有賀委員 もう少し大きい声じゃないと聞こえません。

○横田会長 改めまして今、声は聞こえますでしょうか。

○有賀委員 ちょうどいいです。

○横田会長 ありがとうございます。

今、本協議会会長の推薦をいただいた横田でございます。新井先生、どうも推薦ありがとうございます。また、委員の皆様、ありがとうございます。

循環器病というのは、疾患の中では非常に大きな位置づけがされています。例えば、先日消防庁から公表された令和4年の「救急・救助の現況」を見てみましても、救急中の急病の中で大きな位置づけを占めているのが、この循環器関係の疾患であります。

令和元年、2019年でしたか、健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病に係る対策に関する基本法、いわゆる脳卒中循環器対策基本法が施行されたわけですが、それを受けて、国は次の令和2年10月に、先ほど小竹部長からお話のあった基本計画を公表され、それを受けて、東京都は令和3年7月にこの対策推進計画を作成したわけです。

これは3年をもって改定するというので、来年の令和5年度はこれを改定するという、大きな節目の年度になります。

そういう重要な年度でありますけれども、この協議会で議論していただいたことを、この推進基本計画に反映して、都民の循環器、脳卒中の診療、あるいはその質の向上に役立てていきたいと思っていますので、どうか皆様、ご尽力いただきたいと思います。

今日は、この基本計画についての説明があると思いますので、時間は限られていますけれども、どうかよろしくをお願いしたいと思います。

○千葉課長 横田先生、ありがとうございました。

事務局からは以上でございます。

それでは、以降の進行につきましては、会長をお願いしたいと思います。横田先生、どうぞよろしくお願いたします。

○横田会長 それでは、皆さん、次第にのっとなって進めてまいりたいと思います。

議事の1番です。東京都循環器病対策推進計画の改定について、事務局から説明よろしく申し上げます。

○事務局（剣持） 事務局の救急災害医療課の剣持と申します。本日はよろしくお願いたします。

資料3をご覧くださいませでしょうか。

本日は、東京都循環器病対策推進計画の改定について、今後の議論の進め方ですとか方針について、お示ししたいと思っております。

まず、第1期循環器病対策推進計画なんですけれども、皆様の多大なるご支援により、令和3年7月に策定いたしました。

先ほど横田先生からもお話しいただきましたように、こちらはいわゆる循環器病対策推進基本法に基づいている計画でして、東京都における今後の循環器病対策の基本的な方向性を定めている計画でございます。

計画期間が令和3年度から5年度までとなっております、来年度が改定年度となります。

都の計画は、国が策定しております循環器病対策推進基本計画、こちらを基本としておりますので、改定に当たっては、国の基本計画の改定の方向性と東京都の取組状況というものを踏まえまして、議論を進めていきたいと考えております。

おめくりいただきまして、2ページ目、ご覧くださいませでしょうか。

こちらからが、今回、国が基本計画の改定を行っている中でお示ししている、方向性の資料でございます。

3ページ目をご覧ください。

ここから、国の循環器病対策推進協議会の資料を抜粋したものでございます。

国は、改定に当たっては、計画期間が短いことから、第1期計画の大枠を維持しつつ、現下の状況を踏まえ、必要な修正を加える方針で、改定の議論を進めているところでございます。

おめくりいただきまして、4ページ目をご覧くださいませでしょうか。

国においてはポイントを絞って議論を進めておりまして、議論のポイントを3点お示ししております。

1点目が指標の更新、2点目、関係する諸計画の連携、3点目が感染症拡大時も機能を維持できる医療体制の整備としておりまして、特に3点目につきましては、新型コロナウイルスの感染拡大により、救急患者の応需率の低下など、診療体制が逼迫したことから、さらなる医療体制の整備が必要ではないかということから、議論の柱としているようです。

5ページ目、ご覧くださいませでしょうか。

こちらが、議論を踏まえた改定箇所の概要でございます。

国は、協議会ですとか関係団体に意見を諮って、こちらをまとめております。指標に

については、こういった協議会ですとか、厚労省の研究から提案された項目を基本とするとともに、関連計画である健康日本21ですとか、医療計画との整合を図り、整理するとしております。

3点目の医療体制の整備につきましては、医療機関間の連携ですとか、リハビリテーション、デジタル技術の活用といった観点から改定が行われる予定であるとのことですが、具体的な改定内容は、今後、正式に公表される予定となっておりますので、また次回の協議会でお示しさせていただきたいと思っております。

おめくりいただきまして、6ページ目をご覧くださいませでしょうか。

こちら、国の基本計画における項目整理のイメージでございます。

おおむね第1期計画と第2期計画、同様の構成でございます。幾つか並び替えや新設項目がございますので、ご覧いただければと思います。

続きまして、7ページ目以降をご覧くださいませと思います。

東京都の循環器病に関する主な取組のご紹介資料でございます。

8ページ目をご覧ください。

まず3行目、令和3年度までの主な取組といたしまして、循環器病対策推進計画策定前は、東京都において、脳卒中、心血管疾患について、疾患別に取組を進めてきたところです。

脳卒中の代表的な取組といたしましては、東京と脳卒中急性期医療機関の認定、こちらで救急搬送の受入体制の整備を行っております。

また、二次医療圏ごとに脳卒中医療連携圏域別検討会を設置いたしまして、普及啓発ですとか、医療連携推進に向けた取組を行っているとともに、デジタル技術を活用した医療情報共有ツールの導入支援などの取組を行っております。

心血管疾患につきましては、CCUネットワークを構築して、こちらも救急患者の受入体制を確保しているところでございます。

資料の左下をご覧くださいまして、令和4年度の新たな取組といたしましては、計画策定を機に、脳卒中と心血管疾患、一体的に取り組むことといたしまして、この協議会の下に、医療連携推進部会、また、相談支援情報提供検討部会という、二つの部会を設置いたしました。

医療連携推進部会につきましては、医療提供体制という観点からご議論いただいております。令和4年度の主な検討事項といたしましては、脳卒中急性期医療体制状況調査、こちらの内容の検討ですとか、あと心不全対策という、大きな二つ、議論を行いました。

また、相談支援情報提供検討部会におきましては、患者様とご家族の支援という観点からご議論いただいております。情報を提供するサイトの構築に向けた検討ですとか、あとは、今後の相談支援体制について、ご意見をいただいているところでございます。

右側をご覧くださいまして、令和5年度の新たな取組でございます。

これまでの部会での検討を踏まえまして、取組を推進していくところでございますが、医療連携推進部会関連では、主に急性期の脳卒中医療体制に関する検討、また、心不全サポート事業という新規の事業の開始、あと、循環器病の医療連携に対する検討という3点を実施していきます。

あと、相談支援情報提供検討部会関連では、相談支援に関する検討ですとか、循環器病対策のポータルサイトの新設、循環器病の普及啓発に向けた検討を実施していく予定でございます。

おめくりいただきまして、9ページ目以降で、主な取組内容について、少し詳しくご説明いたします。

9ページ目、こちらは、今年度、医療連携推進部会で検討いたしました脳卒中急性期医療体制状況調査についての資料でございます。

この調査の実施については、これまでの経緯といたしまして、東京都で急性期の脳梗塞患者に対する脳血管内治療の迅速実施に向けた検討を、以前から進めてきたということがございます。

この血管内治療に関する医療機関宛での調査をこれまで行ってまいりまして、医療現場の現状などを踏まえて方向性を検討して、今、取組を進めてきたところです。

資料の下段をご覧くださいまして、現在取り組んでいる方向性といたしましては、脳卒中急性期医療機関間で情報共有を充実いたしまして、脳血管内治療が必要な患者様については、転院搬送を円滑にしていくような環境を整備する方向で、取組を進めております。

取組内容としては2点ございまして、1点は、令和2年4月から東京消防庁の病院端末装置に脳血管内治療という項目を追加いたしまして、医療機関による転院搬送先を探す際に、患者を受入可能な医療機関をリアルタイムで確認できるようにしている取組でございます。

もう一つ、取組といたしましては、患者様を転院搬送する際に、医療機関間で画像を共有できるようなシステム、そちらの導入を支援しているような取組でございます。

こちらが現在の取組内容ございまして、おめくりいただいて、10ページ目をご覧くださいまして、こちらが今回行った調査の内容でございます。

これまでの取組の成果ですとか、現在の医療現場の状況を確認して、今後、急性期の脳梗塞患者に対する脳血管内治療の迅速実施ですとか、あと、脳卒中全体についても状況を確認したいということで、今回、この調査を行うこととなりました。

調査の対象者は、脳卒中急性期医療機関のA、Bに認定されている医療機関全てでございます。

令和4年の12月に既に調査票を発出いたしまして、回答期限が令和5年の4月末となっております。

主な調査項目といたしましては、医療機関の体制ですとか治療法、あと治療実績、転院搬送の状況、情報共有の状況などについてでございます。

この調査をもとに、今後、急性期の脳卒中の医療体制の強化に向けて検討を進めていきたいというふうに考えております。

続きまして、11ページ、別紙2をご覧ください。

こちら、心不全について、心不全サポート事業という名前で、令和5年から新たに事業を行う予定でございます。

現状と課題というところをご覧くださいまして、心不全につきましては、急性発症の後、再発と寛解を繰り返して、徐々に身体機能が悪化するような特性がございます。日々の薬物療法とか運動療法などで、そういった生活管理が再発重症化予防につながるというような特性があるほか、また、むくみや息切れなどの初期症状が出現したときに、早期に適切な介入を行うことが非常に重要である、そういった状況がある一方で、患者数が増加している中で、地域において、心不全の患者様を支援するスタッフの中で、専門的な知識がなかなか十分でないような状況にあるという現状がございます。

また、心不全患者の方は高齢者が多く、合併症を併発しているような状況で、必ずしも循環器の専門医がかかりつけではないような状況にあることに加えまして、急性期医療機関と地域の医療介護関係者の情報共有が十分でないなどの課題がございます。

そういった状況の中、心不全患者様の再発重症化予防ですとか、円滑な再入院などに向け、地域の連携を強化し、患者様が地域で安心して療養生活を送れるように、この事業を始めることといたしました。

令和5年度の実施内容といたしましては、区部と多摩に1施設ずつ、心不全サポート病院というものを設置し、地域の事情を踏まえて、モデル的に事業を実施していただきます。

主な実施内容としては3点ございまして、地域の医療介護関係者の方を対象とした事例検討会ですとか、研修会の実施、また、専門的な問合せへのサポートと、デジタル技術を活用して、病院と地域の患者情報の共有をしていただくといったところがございます。

事業を実施する心不全サポート病院の整備基準といたしましては、心不全の急性期を含む入院医療を提供していること、また、近隣の医療機関ですとか関係機関と連携できる。3点目、院内に心臓リハビリテーションですとか、緩和ケアなどの専門的な知識を有する人材を配置して、病院全体でこの事業に取り組んでいただけることということを基準として掲げております。

今回、2か所の病院で1年間事業を実施していただきまして、医療連携推進部会などで取組をご報告いただいて、その成果を踏まえて、今後、都内でこういった体制が適切か検討し、今後の展開につなげていく予定で考えております。

おめくりいただきまして、12ページ目をご覧くださいいただけますでしょうか。



こちら令和5年度の新規事業でございます。名称はまだ仮でございますが、循環器病ポータルサイトという、患者家族に対して必要な情報を提供するサイトを開設する予定で、検討を進めております。

下段のサイトの概要をご覧ください。メインの利用者は、患者やその家族を想定しております。

患者や家族の方が各ステージの中のお困り事に対応できるように構成を検討しておりまして、例えば発症時ですとか入院時の対応といたしまして、循環器病の症状、前兆やその治療法、あと、後遺症についてなどを掲載する。また、転・退院時、その後の生活においては、リハビリテーションの知識ですとか、利用できる公的支援制度、介護福祉サービスの窓口などの情報が必要であろうということで、そういった内容を掲載することを想定しております。

また、一般の方向けの普及啓発の情報ですとか、医療介護関係者の方向けの情報も掲載する予定で考えておりまして、令和5年度内のリリースを予定しております。

おめくりいただきまして、13ページ目以降が、計画改定に向けた東京都の考え方でございます。

14ページをご覧ください。

今回、東京都といたしましても、国の方針を踏襲いたしまして、現行計画の大枠を維持しつつ、現在の状況を踏まえた必要な修正を行っていききたいというふうに考えております。

議論していく上では、三つの視点から考えていきたいと思っております。一つ目が国の指標を踏まえた指標の設定、また、二つ目、保健医療計画など関係計画との連携を図ること、三つ目は感染症拡大の状況も踏まえて、今後の方向性を検討していくというようなところでございます。

事務局として、現在、主な課題として捉えておりますのは、急性期の搬送受入体制の強化、あと医療連携、医療介護連携、相談支援、情報提供、普及啓発といったところでございます。

おめくりいただきまして、15ページ目をご覧ください。

第2期東京都循環器病対策推進計画の課題整理ということで、第1期と第2期で内容の大枠は維持しつつも、構成を変更させていただきたいというふうに考えております。

左側が第1期のイメージでして、こちら、保健医療計画におけるグランドデザインに沿って、今回、課題を整理させていただきました。

第2期につきましては、右側のイメージでございまして、国の基本計画を参考として、課題を整理したいというふうに考えております。

といいますのも、国の基本計画を参考としますと、予防から急性期、回復期、維持期といった流れとなりまして、こちらのほうが都民に対してもより分かりやすい計画になるのではないかと、また、国の計画に準ずることにより、他県との比較など、

評価が容易になるというふうに考えておりますので、このような構成への変更について、ご了解いただければと思っております。

おめくりいただきまして、検討のスケジュールでございます。

東京都保健医療計画などとの整合を図るために、他の計画とスケジュールを合わせながら検討を行っていく予定でございます。

8月頃までにある程度内容を固めることを想定しておりまして、4月から夏までで、3回程度、協議会を開催したいと思っております。

今回については、キックオフと位置づけておりまして、お示した方向性についてのご意見ですとか、また、新たな課題についてご指摘いただいたりですとか、様々な観点から、まずは自由にご意見をいただければと思っております。よろしく願いいたします。

事務局からの説明は以上でございます。

○横田会長 ありがとうございます。

ただいま説明いただいたのは、今までの東京都の取組、これは令和5年度も含めてですけれども、さらに、最後にこの計画改定の考え方について説明をいただきました。幾つか私からも補足の説明もさせていただきたいと思いますが、例えば、4ページのところの、後でも出てくるんですが、感染拡大時でも機能維持できる医療体制の整備で、ここは非常に重要なところなんですけど……。

聞こえていますか。

○事務局（剣持） 聞こえておりますでしょうか。

○高山委員 横田先生、高山ですけど、よろしいでしょうか。

○横田会長 ちょっと待ってください。今、マイクの調子が。

○事務局（剣持） こちら、聞こえておりますでしょうか。

○有賀委員 聞こえます。

○横田会長 ありがとうございます。高山先生、時間が限られているということですけど、1点だけ、私から補足の説明、その後、高山先生からご発言いただきます。

4ページを見ていただきたいのですが、4ページのところに、感染拡大でも機能を維持できる医療体制の整備ということ、これは今回のコロナで極めて重要だということが認識されたのですが、先日開催された東京都救急医療対策協議会でも、本件に関して具体的にどの程度の影響が出ているかというのを、数字として見える化してくださいと私からリクエストをさせていただきました。

救急医療対策協議会も年度が替わると近々行われると思いますが、本件にも非常に大きく関わります。また、東京都医師会の新井先生がご指摘されているのですが、脳卒中やCCUネットワークにも、このコロナの影響というのは多大だったと言われております。それを数字として出していきたいというふうに思いますので、またよろしく願いしたいと思います。

すみません、補足の説明でした。

それでは、高山先生、よろしくお願いします。

○有賀委員 横田先生、有賀ですけど、今の感染に関して数字を出してくれという話はいいんですけど、たぶんこれから先ですと言う機会がないと思いますので、ささっと1分間ぐらい、いいですか。

○横田会長 はい。

○有賀委員 東京都医師会も、それから東京都病院協会も、都立病院を主とした公立病院がどういうふうな形で、本件、コロナ感染症といったパンデミックに対応するのかということについてそもそも具体的に言っていなかったの、それについて東京都がどういうふうに変えながら先々考えていくかという話も、横田先生の今のご意見と同時進行で、ぜひフォローアップしていただきたいと思います。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。この10ページのところに有賀先生が言われたようなところも可能であれば追加したいと思います。

○有賀委員 東京都病院協会も、会長である猪口先生たちは既に具体的に言っておられましたので、それに対する答えが東京都からほとんど聞こえてこなかった。ということなので、今、発言しました。事務局の方、よろしくお願いします。

○横田会長 ありがとうございます。

高山先生、お待たせしました。よろしくお願いします。

○高山委員 まず、今お話のありました感染症の件ですけれども、東京都CCUネットワークのほうでは、循環器救急に関しては多数要望がありまして、レポートをまとめて、いろいろな学会で報告しております。ですから、これをやはり今回、横田先生のご要望に応じて、報告させていただきます。

それと、11ページのところで、心不全サポート病院の話をいただきました。これに関して、ちょっと補足させていただいたほうがいいと思うんですが、もしできましたら、先ほどのサポートの病院の図を出していただけると助かります。

○横田会長 11ページですね。

○高山委員 ちょうど心不全対策ということで、こちらですね。急性心不全、非常にものすごい患者さんの数になると思うので、このサポート病院という形でつくるのは非常に賛成なんですけど、うまく地域を手分けして、多くの二次救急の病院、三次救急の病院、いずれも一緒になって早期介入しないと無理だと思います。

また、クリニックの先生方、あるいは介護サービスをやられている方、それから在宅医療の先生方ともうまく連携をすることが非常に大事で、特に中心になる、言わばセンター的になる病院は、根本的な重症の患者さん、特に人工呼吸器を使ったり補助循環を行ったり、それから根本的な弁膜症の手術とか、そういうのができて、治せるような病院になって、そのほかに二次救急の幾つもの病院のところでは、やはり中等症まで、薬

物治療の心不全治療、それから酸素療法とか、そういったものをやれるところと、うまく患者さんが、重症化すればセンター化した病院が請け負って治すとか、こういったやり方で連携をしながら、やはりうまくリハビリテーションを進めていくという、こういうやり方かと思います。

これで見ると、一つの病院が中心のように見えるんですが、地域全体に多数の病院ということが加わってやっていくという、そのことを皆さん、ご認識いただきたいと思います。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

これは、いずれは東京都の医療圏ごとにと理解していますので、まずは来年度からモデル地区を設けてスタートするという事だと思えます。ありがとうございます。

○高山委員 医療圏に複数の病院でいいと思えます。

○横田会長 あと、先ほど説明があった8ページのところに、東京都の循環器病対策の主な取組の中で、二つの作業部会を設けて議論が進んでおります。

それぞれの部会の部会長としては、有賀先生と、今日ご出席いただいている新田先生が部会長ですので、それぞれ補足の説明をいただきたいと思えます。まず医療連携推進部会の有賀先生、本件に関しては、何か追加のコメントございますでしょうか。

○有賀委員 聞こえますか。

○横田会長 はい、聞こえています。大丈夫です。

○有賀委員 東京都のご担当の方々が説明された話が基本的な流れとして理解できれば、それでよろしいんじゃないかなと思えます。

特に、今、高山先生もおっしゃいましたけど、今までやってきた様々な取組の延長線上に、それぞれ脳卒中にしろ、それから心不全等のことにせよ、存在するというか、計画が乗っかっているという形になりますので、今までの蓄積を大事にしながら先に進むと、こういうふうな基本的なスタンスだと思います。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

部会としても、調査をされるのですね。

○有賀委員 脳卒中のほうの調査そのものがもうすぐ終わりますので、それをまとめた形で、急性期の脳卒中医療体制に関する検討がありますし、それから、今、高山先生がおっしゃったみたいに、大きい施設と、それから小ぶりの施設と、それから地域の慢性期の患者さんをふだん見ている先生方のネットワークという話が、今、モデル事業として、こういうふうな形だよという話が進んでいる。これらが今やっていることプラスアルファだと思うんですが、それができればそれをメインとして展開していくと、こういうふうなことじゃないかなというふうに思う次第です。

ですので、今お話ししたみたいに、これまでの作業の延長線上に多くのことが展開す

ると、こういうようなことだと思えます。

よろしいですね。

○横田会長 ありがとうございます。よろしいですか。

それでは、相談支援情報提供検討部会の新田先生、何か補足の説明ございますでしょうか。

○新田委員 横田先生、ありがとうございます。

相談支援検討部会では、新しくここに書いてあるポータルサイト、そして普及啓発の中で、パンフレットをつくるという予定になっております。パンフレットは皆様に分かりやすいパンフレットを作らなきゃいけないんですが、循環器病の中で、もちろん脳卒中と心臓疾患は非常に大きな領域なので、そのところを分かりやすく作るというところで、今、検討部会で議論されているところです。

それで、今、東京都で作られた中で、見たいところにさっと入れることができるかどうかというのが大きな課題で、さらにポータルサイトを教科書ふうに作るということになると、なかなか難しいものがあるので、本当に患者さん、家族にとって何が必要かということをし、しっかりとそこに入れ込むと。その中に、基礎的なものの、いわゆる医学的な内容が必要なので、これも皆様にご協力いただいて、作り上げていくという作業が今年は待っている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。

今回、この協議会、メンバーも増えて、組織としても充実したと思いますが、医療と福祉に関わる皆さんや、保健医療を受ける患者さん側の代表の皆さんも入られています。まず、循環器ということで、心臓あるいは脳卒中ということになるとと思いますが、それぞれの分野からご意見をいただきたいと思います。急性期脳神経外科の立場から、水谷先生、今の全体を通じて、何かコメント、質問ございますでしょうか。

○水谷委員 基本的に、脳卒中は心臓と違って、心臓の場合は心不全の方がすごく何回も繰り返すことでお話しされていますけども、脳卒中の場合は一元的に流れていくというか、あまり繰り返すことはそんなにないので、急性期で受け入れて、しっかりリハビリのほうに流していくというのが大事な作業で、そのために東京都がいろいろ考えられたりしていることは、正しい方向性だと思うんですね。

あとは、働き方改革とか、医師側の問題なんですけど、夜中に患者さんを受けて見るという、血栓回収もそうですけど、やっぱり脳卒中に携わる医師の働く環境というか、基本的に、SCU、例えば保険点数が取れるSCU等があるんですけど、5年以上の先生しか当直できないんですね、点数を取るためには。今、脳卒中の現場を支えているのは、やっぱり3年目とか4年目の若いエネルギーのある先生なので、その辺をちょっと改革して、SUという感じだと若い先生も当直できるので、とにかく急性期の脳卒中に関わる医師を少しでもこれから増やして、あと血栓回収なんかも特別な資格、血管内の

専門医がなくても取れるようになっていっているので、それで今どんどん増えているんですけど、若い先生を活用していくというのが、医者側から見た望ましい流れかなと、そんな感じですよ。

○横田会長 ありがとうございます。

そうですね。国のほうの議論でも、そのような脳卒中に対応する専門医が非常に疲弊している中で、これからどうするかという議論もされていました。非常に大きな問題だと思います。ありがとうございます。

星野先生は、急性期の、特に脳梗塞に関してたくさんのご経験があると思いますが、先生からのお立場として、何かコメントありますでしょうか。

○星野委員 ありがとうございます。

今年度の取組の話からまず行きますけれども、急性期の脳卒中医療体制に関するアンケートを取っているというのは、血管内治療の項目を救急端末に入れた後でどうなっているのかということ一度確認しなくちゃいけないという、もう3年ぐらい前の話を今頃やっているという話ですが、今、全国的に見ると、やっぱり血管内治療のできる施設に真っすぐ運ぶべき人を運ぶべきである。つまり、大きな血管が詰まっているサインがある人に関しては、症状がある人に関しては、最初からそういう施設へ運ぶということ全国のいろいろな地域で始めていて、そういう意味では東京都はかなり遅れているんじゃないかと私は思っています。

ご存じのように、脳卒中学会で、プライマリーストロークセンターか、プライマリーストロークセンターのコア施設という認定が始まっていて、血管内治療ができる施設が公開されていますし、消防庁の救急端末上でも分かるわけですから、やっぱり直接運ぶということに最終的には持っていくというのが目的で、その前段階として実際どうなっているかを調べるというのが、今回のものだというふうに理解しています。

それから、このような取組の下のところの相談支援の問題ですけども、これもプライマリーストロークセンターのコア施設というのが、東京都は30施設ぐらい認定されているはずですけども、そこに脳卒中の相談窓口が置いてありますので、これもやっぱりうまく利用していくということも考えたほうがいいんじゃないかと思うんですね。東京としては、独立してやっているんですけども、ぜひ学会側と協調してやると、もっと楽に、ある程度できる部分もあるんじゃないかなというふうに思っています。

それからちょっと話が戻るといいますか、最初の部分の、今後の第2期の計画の考え方の中で、一番最初に、循環器病に係る指標の更新というのがあるんですけども、最初の計画を立ててもらったときにも、具体的な数字を入れてほしいという話はかなりしたつもりなんです。今回、全国で作成された各都道府県の推進計画をみると、3分の2の計画の中には、いわゆる脳卒中学会が示したロジックモデルが入っている。循環器も多分そうだと思うんですけども、残りのうちの2、3割は、やっぱりロジックモデルの数字をかなり使っているんで、東京都も同じ指標を入れておくと、全国と比べられるので、

ぜひロジックモデルを入れていただいて、比べられるような形を、作ってもらいたいなというふうに思います。

そうしないと、全国と比べて、東京都はどこの強みがあって、どこが弱みなのかというのは見えてこないんじゃないかなというふうに思うので、ぜひ、次の計画を立てるときに、具体的な数字が入る意味で、ロジックモデルを入れてみていただいたらいいんじゃないかなというふうに思います。

以上です。よろしくをお願いします。

○横田会長 ありがとうございます。今のお話に関しては、有賀先生の部会のほうで、脳卒中学会が、このデータに関しては全面的に協力してくれるというふうなこともおっしゃってくれているので、そこは有効に使えるのかなというふうに思っています。

それから、特に血栓回収デバイスのほうの専門医療機関に、なるべく早くに患者さんを搬送するという件は、これは国の消防庁で救急業務の在り方検討会というのがあります。そこは有賀先生が座長ですけれども、これも日本脳卒中学会からの提言を受けて、救急隊が判断する重要な6項目の中で、医療資源が少ない地域はその中で3項目、医療資源が比較的多い施設は2項目を満たせば、今、星野先生が言われたような血栓回収デバイスが可能なような、そんな脳卒中専門機関に搬送すると、そういった報告書が今年度に出るはずですよ。したがって、そのようなことも改善していくと思っています。ありがとうございます。

有賀先生。

○有賀委員 横田先生、有賀ですけど、補足していいですか。

○横田会長 お願いします。

○有賀委員 今、横田先生がおっしゃったとおりで、そういう意味では、東京消防庁も日本国全体の消防行政の一環として、総務省の中に組織された部会、委員会の中での結論的な部分を取り入れて、活動に生かすという話になるんだと思います。

今言われた、比較的医療資源の乏しい地域というのは、乏しい以外に、そこに連れていくことそのものが、血栓回収が目的であろうとそうでなかろうと、そこしかないというふうなところが地域には存在する。地域にはどうか、都市部ではないところにはかなりあるということを前提にしていますので、そこら辺が、血栓回収オンリーという形での議論をしてはいるんですけど、やはり地域における様々な事情を入れているというように理解しなくちゃいけない。そういう意味では、東京都がどういうふうな形でうまくいけるかという話は、東京都の中での、場合によっては東京消防庁に組織され、東京に組織されたメディカルコントロール協議会での議論と、それから今日のような会議の議論と、どうシンクロさせるかという話になってくるんじゃないかなと思う次第であります。

横田先生、このような付録の意見でございます。以上です。

○横田会長 ありがとうございます。どうぞ。

- 星野委員 一つ言い忘れたことがあるので、追加してもいいですか。
- 横田会長 お願いします。
- 星野委員 東京都の保健医療計画と一緒に重ね合わせて考えるという話で、今回、参考資料2に、東京都保健医療計画の脳卒中の抜粋というのを送付していただいたのですが、地域連携体制の構築の中で、脳卒中の連携パスがかなり使われているみたいな記載が載っていたんですね。ここ何年も、うちも脳卒中連携パスをずっと使っていなかったもので、本当に東京都内で、これが使われ続けているのかなと思って、先週、安保先生にちょうどお会いしたので、安保先生にお聞きしたんです。後で発表していただくかもしれないですけど、今、全然使われていないですよ。ですから、この記載は全く間違っているというか、現状とは違っているんじゃないかと思うので、ちょっとこれは確認していただいて、直したほうがいいと思います。よろしく願いいたします。
- 横田会長 これはいつの資料でしょうか。
- 事務局（剣持） こちらは30年の。
- 横田会長 事務局から今説明があります。この参考資料2は少し古いものだと思いますので、説明をお願いします。
- 事務局（剣持） 東京都保健医療計画につきましては、平成30年3月に改定されたものでして、それ以前の状況についての現状について記載しているところですので、今度の改定に当たりましては、現在の状況を踏まえて、記載を修正していく予定でございますので、よろしく願いいたします。
- 星野委員 この部分は全く古いもので、全然、今の現状じゃないということですよ。
- 事務局（剣持） 今の現状を確認しながら、記載については、更新が必要であれば更新する予定で考えておりますので。
- 星野委員 だから、12のパスの事務局とか、多分全然動いていないと思うし、パスは全然使われていないと思います。
- 事務局（剣持） こちら、今回、参考資料3-3で、都内で活用されている脳卒中地域医療連携パスの参加医療機関者についてはお示しさせていただいているところで、毎年こちらの協議会でこの資料を出させていただいているところでございます。地域によって差があるような状況ではございます。
- 横田会長 この参考資料3-3が、昨年ですけど、5月1日現在の実績ということですね。
- 安保委員 脳卒中パスに関しては、最初、2000年頃は12個あって、東京都の意向でそれを一つのパスにしました。急性期回復期生活期のすべてのパスを決めました。それで、推奨する東京都のパスとしてホームページにも上がりましたが、診療報酬のはしごを外されたので、全て駄目になりました。
- しかしながら、場所によっては、急性期は回復期に送るところがほとんど決まっているので、そこは病院のパスを使っているというところが多いと思います。



なので、東京都が推奨したパス自体はもう動いていないというふうに理解して、病院間では動いています。というのは、ちょうど回復期病棟が2000年に始まったときは、回復期病棟が東京都に3,000床くらいしかなかったのですが、今8,300床くらいあるので、それぞれの急性期と非常に連携が強くなっています。パスの最大の目的はシームレスな連携ですので、そういう点では、東京都の言われているような統一のパスというのは、動いていないですが、急性期と回復期のそれぞれの病院では連携が取れていると思います。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

この資料3-3の5月1日にはこのような数字が出ているけれども、個々の病院で、固定した病院同士でやっているとお安先生からのご発言でした。ありがとうございます。

少し脳卒中のほうに議論が集中したんですけれども、循環器、特に心疾患に関してのお立場から、清水先生、コメントございますでしょうか。

○清水委員 清水です。今日はどうもありがとうございます。

先ほども出ました11ページの心不全サポート病院という取組は、非常に良い取り組みだと思います。現状では、CCUを持つような急性期医療機関を退院された心不全患者さんは、かかりつけの先生方が外来でケアされていて、その先生方が必ずしも循環器の専門医ではないということがあります。状態が悪くなって急性期病院に直接というよりも、中間的な病院として、こういう心不全サポート病院のような体制があると、重症化する前に状態を落ち着けることができるということで、とてもいい取組だと思います。ぜひ進めていただきたいと思います。

現在、日本循環器学会では、心不全療養指導士という制度が数年前からできて、毎年、心不全療養指導士が増えていますので、そういった方々をこういった心不全サポート病院で配置していただいて、心不全の治療や患者指導等に当たっていただくというのがいいのではないかなと思います。

このモデル事業で、区部と多摩の各施設というのは、これは公募か何かで早々にされるということなんですか。

○千葉課長 準備ができ次第と思っています。

○清水委員 そうですか。

それから、先ほど星野先生がおっしゃいましたロジックモデルですが、日本循環器学会のほうからも、ロジックモデルを使うと、全国の都道府県との比較などもできるということで、是非積極的に取り入れるように言われています。剣持さんのほうには、私達の素案をお送りしましたが、その後いかがなりましたでしょうか。

心不全の指標をどのように設けるとかが難しいところですが、既にロジックモデルを取り入れてやっている他府県の資料も参考にさせていただいて、ロジックモデルを取り入れていただければと思います。以上です。

○横田会長 ありがとうございます。

今、手が挙がっているのが、看護協会、渡邊委員、お願いします。

○渡邊委員 ありがとうございます。

今の心不全サポート事業、東京都の新規事業のことについてですけれども、東京都看護協会では、23区と、それから、市町村に、それぞれそこで働いている病院の主に看護管理者なんですけど、地域包括ケア推進のために代表者として委員会活動というのをしてもらっているんですけども、その一つに、今は区南部だったと思うんですけども、ハートノートを知ってもらおうということで、具体的に、例えば看護師だけじゃなくて、薬剤師とか管理栄養士とか、PTとかSTとか、そういう方たちをロコミで集めて、ハートノートの勉強会とか、手弁当でやっているんですね。

今回の心不全サポート事業の地域医療介護関係者との連携というところで、すごく関係するのかなと思って、何らかの形で一緒に協力できないかなというふうに思って、これを広めたいなというふうに思っているところです。非常にやる気があって、看護管理者が一生懸命やっています。

以上です。

○横田会長 この心不全サポート病院、まさにそのところが大きな目的だと思いますので、よろしくお願いします。ありがとうございます。

高山先生、ご発言をお願いします。

○高山委員 ありがとうございます。

先ほど、医師、医療従事者の疲弊という話、それから働き方改革の話題が出たんですが、これ、特に心血管救急に関しては、東京で急性心筋梗塞、去年は5,200例起こっていて、76のCCUに入院しているんですが、東京ではその90%に緊急のカテーテル治療、カテーテルをやって、82%にカテーテル治療をするんですね。これは発症から2時間以内、できるだけ4時間以内という、夜中であろうが明け方だろうが、これは関係なく、どこのCCUも非常に努力をしてやってくれているんです。

やはりそれなりの、これは少なくとも心血管インターベンション学会の認定医でないとできないという条件にしていますので、やはりそれなりに、皆さん若い世代ですけれども、相当な努力をしてやってくれていて、私が非常に心配なのは、看護師さん、それからMEの皆さんですね。この意欲がどこまで続くかなということですね。

そして、非常に長時間、あるいはエクストラの時間、そして決して十分じゃない給与で皆さん頑張っていますので、これは病院のことを含めて、非常に考えるところであります。

それと、重症の心不全をどうするかということ、やはり循環器病領域では、もう20年以上前からECMOを使って、救命センターの皆さんもそうだと思いますが、長年治療しておりまして、それには循環器の領域で集中治療医の資格を専門に取っている方がいる程度いるんですが、多くはないという。なかなかこういったところが十分じゃな

く、また同時に、臨床工学士の皆さんとか、非常に苦勞しながら、看護師の皆さんも非常に努力をして、疲弊しながらやっている。これをうまくサポート病院という形で重症を引き受けられるようにすることは非常に大事なんですが、こういった部分の医療者のケアということも、一緒に考えていただきたいなというふうに考えます。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。極めて重要なポイントです。

すぐに解決というところが難しいですが、議論しなくてはいけない部分だと思います。

いずれにしても、脳卒中、心疾患、急性期からリハビリ、あるいはさらに社会復帰というようなところも含めて、医療連携というところが極めて重要になってくると思います。そのような視点から、河原委員や迫村委員に伺いたいと思いますが、まず河原委員、先生のお立場からいかがでしょうか。

○河原委員 私、今までいろいろ医療計画とか研究してまいりましたが、もう都庁の方にちょっと同情申し上げるのが、もう計画だらけですよ。本当に本来の行政、いつできるのかなと思うんですが、関連する計画として医療計画がありますが、医療計画、もう38年ぐらいやっているんですね。いつまでするか、私は知りませんよ。ずっとするのか分かりませんが、医療計画の成果は何だったかという、何かありましたか。つまり、計画をつくるのが目的化しているんですよ。文書で書いて、それで印刷して、それで終わりという失礼ですが、そういう状況ですね。ぜひ、これからこの循環器病関係の計画を改定するに当たっては、まずは問題の一つは、協議する時間が非常に短いですよ。その一方で課題がいっぱいあるわけですよ。だから、文書にというか、冊子にして、それで終わりじゃなくて、一番大事なのは、その冊子に書かれていることを実現するための事業計画、あるいは実施計画。つまり、実施の体系をいかにしてつくるかですよ。だから、冒頭に有賀委員おっしゃったことをちょっと思い出したんですが、医師会とか、病院協会とか、いろんなところから論点が出てきて、都庁のほうに質問が行っていると思うんですが、それに対して一緒に解決していく、そういうような姿勢で次の対策ですね。事業計画とか、実施に関する具体的な政策まで展開しないと、次も多分、絵に描いた餅に終わると思いますので、この辺りはぜひ注意していただきたいと思います。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。すごく重要な指摘で、それも含めて実は私、今日資料を用意しましたので、ぜひその観点からも後で見て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した。

迫村委員は特に循環器で医療連携を推進していると思いますが、先生のお立場からコメントありますか。

○迫村委員 ありがとうございます。

新宿区で開業しております迫村と申しますが、地域のいわゆるプライマリでやっていると、本当に高齢者の心不全の方が多くなってきていて、心不全パンデミックという

言葉もありますけども、非常に大きなこれから問題になってくると感じています。この心不全サポート事業、やはり地域でいかに実践をしていくかというところに主眼を当てたような事業だと思います。やはり、今、河原先生が言われたように、絵に描いた餅にならないように、どうやって具体的な肉づけをしていくのかというのが、これからの課題であるし、実際やっていかなければいけないことだというふうに思います。

それに当たっては、一つは、この循環器病にかかる医療提供体制のことと書いてありますけど、実際のこういう、地域でやっている医療だけでは解決しない部分が結構あって、医療と介護をどうやってうまくミックスさせて高齢者の心不全に当たっていくかという視点が非常に重要であると思います。ですので、必ずしも医療者だけでうまくいかない。実際、心不全の方を支えて地域でやっていくには、医師ができることは限られていて、あと訪問看護であったり、薬剤師であったり、それからリハビリですね。理学療法士とか、あと栄養士、こういう方が集学的に関わらなくてはいけなくて、医者以外のところは全部介護保険で入ってくるという、そういう建付けになってくるので、実際どれだけのサービスをどれだけ入れられるかというところは、結構いろんな複雑な要素が絡んでまいります。ですので、ちょっと実際、患者さんに対してどのぐらいアプローチできるのか、この事業を確立させてできていくのかというのは、いろいろ考えなきゃいけないところもあるし、やっていかなきゃいけない部分が非常にあるというふうには認識していますけれども、少なくとも1年間、今までやってきたことをさらに何かシステムティックに深めるような形でやっていけるといいのかなというふうに思っています。

あとは、先ほど清水先生からも出た、ロジックモデルというのを、ちょっと不勉強で私は知らないんですけど、やっぱりこういう、せっかく事業をやるのであれば、アウトカムがどういうふうに出てくるのか。今までと比べてどのように入退院の回数が減るなり、在宅にいる日数が延びるなり、いろいろなアウトカムがあると思うので、そういうことをきちっと指標にして出せていけるといいのかなというふうに考えています。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。先ほど河原委員、それから今、迫村委員がおっしゃいました。私自身も行政サービスというのは非常に重要ですけども、同時に医療機関と、それから何といても都民の理解、啓発というのがすごく重要で、この三位一体がうまく機能して初めていいアウトカムが出てくると思います。その重要性を後で私、自分の資料を皆さんに見ていただいて強調しようと思います。ありがとうございます。

また、循環器というのは、高齢者だけでなく国の基本計画にも記載されますが、小児の先天性の心疾患ということにも大きく関わる疾患です。そんな見地から、委員の三浦先生、何かコメントございますでしょうか。

○三浦委員 はい。計画は十分分かりましたし、小児期、若年期の医療ということも書き込んでいただいているのでいいかと思います。強いて言うと、成人先天性心疾患というキーワードがありません。現在、日本成人先天性心疾患学会で専門医制度があって、東

京都では総合修練施設が7施設、連携修練施設が6つあります。そういった専門医の制度を生かして、成人先天性疾患の診療を進めていく方針が一文入るといいかなと思いました。

○横田会長 国のほうにも成人の先天性というのは、私の記憶にないのです。先天性心疾患という一くくりになっていたのかもしれませんが。ありがとうございました。

今日、こちらの都庁のほうに小児の心疾患で東京たま心臓病の子どもを守る会の会長の川口委員が来られてますので、川口委員のほうからもコメントいただきたいと思いません。いかがでしょうか。

○川口委員 先天性心疾患というくくりで成人先天性心疾患が明記されているところとポータルサイトでは、一番最初に明記されていたと思います。しかし、その先のサイトにどこまでそこが生かされているのかは、見えていない気がいたします。

○横田会長 ありがとうございます。今回、初めて参加していただいた委員の方が何人かいますので、それぞれのご意見を伺いたいと思いますが、まず、訪問看護財団のほうから、平原委員、全体を通してコメントございますでしょうか。

○平原委員 ありがとうございます。ちょっと遅刻をして、大変失礼いたしました。平原です。

私は、今ずっと病気を切り口にした対策というのは十分理解しておりまして、大変東京都の先生方の協力でこういう体制が取られるのは、大変いいことかと思っておりますが、実際に地域の訪問看護ステーションから見た心不全、私は心不全のほうの部会のほうでしたので、心不全のほうで考えると、論文にもあるんですが、心不全の方は認知症になりやすいというエビデンスもありまして、心不全の高齢者の方は本当に認知症を併発し、多疾患なわけですね、糖尿病とか。心不全だけの患者さんなんてほとんどいなくて、多くが認知症を併発していて、心不全の病気も発症されている方が、実際に私たちが関わっている心不全の方です。実際に急性期病院から、そういう認知症がちょっとあるので、回復期リハビリテーションではなく、地域に戻って来られる方を私たちは訪問看護でお伺いをし、なるべく再入院がないように、先ほど先生がおっしゃった栄養面とか、なるべくリハビリをご本人のADLに合わせてやってみるとか、あるいはちゃんとお薬が飲める。退院して一番悪化するときに、内服薬を飲み忘れてたりとか、それで変化して再入院ということがよくあるので、集中して訪問看護がそういった内服薬の確認もしているところです。

実際に、1か月、1月のうちのステーションの利用者280名ぐらいの中で、どれぐらい心不全がいるか見てみたときに、24名の重度な心不全の方がいて、そのうち4名は小児だったんですが、20名の方の病名を見たときに、認知症の方が半数で、そして多疾患ですね。ほとんどが多疾患で、あと単身者の方がやっぱり急性増悪を繰り返されています。実際の東京都北区というところで65歳以上の、65%がみんな単身者という地域で訪問看護をしているので、今ずっと話されている心不全とか、脳卒中という疾

患での対策ももちろん大事なのですが、認知症を併発している。そして多疾患の方で、たくさん薬を飲んでいる方の支援は、やはり訪問看護と介護の方と、暮らしをどうやって整えるかというところがとても重要だと思っています。

ですから、患者さん一人一人の疾患もそうですが、その人の状態を見ると、急性期で入院して病院でものすごい環境の変化を受け、そこですごくつらい思いをした、認知症が悪化して戻る心不全の方も多いので、そういう人全体を見て、この心不全を切り口にどう対応するかというところがとても配慮すべきことかと思っています。また、心不全の緩和ケアのガイドラインも出たかと思いますが、治療と併せて、すごく苦痛度が増して蜂窩織炎を患っていたり、いろんな症状が、つらい症状をお持ちの全人的なケアが大変、今心不全を含めて出ていますので、そういったところも地域の医療の中でちゃんと着手しておかないといけないことかなと感じております。

疾患で人を見るというよりは、どういう病態像のどういう人がどんな苦痛を持っている方にアプローチするシステムにするかというところに、ぜひ議論をしていただけたらと思います。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。この資料の11ページの心不全サポート病院が、今お話しされたような役割も担うということですね。ここをきちんと押さえておくということの重要性を指摘いただきました。ありがとうございます。

それでは、ソーシャルワーカーの立場から、東京都医療ソーシャルワーカー協会の池田委員、コメントでございますでしょうか。

○池田委員 東京都医療ソーシャルワーカー協会、池田と申します。私も最初少し入るのに手間取ってしまいまして、遅れて申し訳ございませんでした。

今、平原委員の訪問看護の視点からのお話を聞いていて大変うなづくことが多く、お一人暮らしの心不全の方が再入院するということが、私の勤めております病院でも非常に多い。在宅でのお薬管理、食事、水分の管理、ほぼ全ての管理について正直、訪問看護の皆様に頼っているというのが現状というところでもあります。家に帰ることは難しいADLの方がお金がなくて一番金額を抑えられる老人保健施設を目指そうと思っても、薬価が高額で入れない、有料ホーム等も当然経済的な事情で入れないというような方が多くいらっしゃる。そういう方たちが経済的事情で施設に入れず、ADL的に難しいと分かっている在宅に戻って、またすぐ再入院してくるというような、そういう現状もありますので、経済的な部分等も含めた相談支援がサポート事業の中で均一化された支援のできるスタッフが教育されているかという点が非常に気になるところです。

緩和ケアの部分では、ガン末期の方や難病の方を緩和ケアで受けている民間の施設も増えていますが、対象病名がそういった難病、ガン末期に特化されていて、病名に該当しないそれ以外の人たちが対象ではないと言われてしまう。限定された病名だけではなく、心不全も含め緩和ケアの時期に入った方に関しては、そういった緩和ケアの施設に

打診できるような社会的な変化があってもよいのではないかと協会としては考えております。

以上です。

- 横田会長 ありがとうございます。循環器疾患、脳卒中や心疾患では、どうしても急性期のみが目がいけますが、平原委員、そして池田委員がご指摘いただいたように、その後のフォローのほうも重要だということなのです。むしろそちらのほうは今、手薄になっている可能性があるとのことご指摘だと思います。このサポート病院は、その辺のところは問われるのかなと思います。ありがとうございました。

メディアの立場から日経BPメディカル・ヘルスラボ、庄子委員、いかがでしょうか。

- 庄子委員 庄子です。ありがとうございます。ロジックモデルのお話も出てきたので、私、国の医療計画のほうの審議会とかも聞いていて、ロジックモデルでつくっていくというのは、今、向こうでも話題になっていましたので、ぜひそれは東京都さんでも入れていただきたいというのと。それからポータルサイトの話もあったかと思うんですが、こういうのって使われてんなら、なところもありますので、ちょっとその情報の出し方とか、特に一般の方向けですよね。そのところはすごい工夫が必要なのかなというふうには思いました。

以上です。

- 横田会長 ありがとうございます。あと、先ほど川口委員からお話いただきましたけれども、医療を受ける患者さん側のお話をいただくということで、今日は脳卒中協会副理事長の川勝委員にも入っていただいています。川勝委員は国の検討会の委員でもあられますが、コメントいただきたいと思います。いかがでしょうか。

- 川勝委員 はい、ありがとうございます。川勝です。

今日の話、患者の立場として聞いていまして、いろんな新しい治療を充実させる。治療体制の充実、それから救急体制の充実、これは本当に患者に、家族にとって頼もしい話です。ただ、それは全て患者さんがすぐに救急車を呼んで病院に行くという前提になっていますよね。現実には様子見をしている患者さんがやっぱり多い。この病気について知らない。ですから、やはり今回の計画拝見してもそうですし、国の協議会でもそうなんですけど、啓発についてちょっとやっぱり弱いなど。国の計画の三つの目標があります。一つ目が、知識の普及啓発です。二つ目が、治療体制の充実。三つ目が研究開発なんです。今回も東京都のお話を聞いていても、どうも2番目ばかりで、1番目がどうも漏れてしまう。ここがやっぱり必要だろうなということをつくづく感じます。

- 横田会長 そうですね。私もそこを最後言おうと思っていました。

- 川勝委員 今、ポータルサイトの話もありました。私もポータルサイト検討の都の協議会に出させてもらってまして、これいかに身近なものにするか。だから打って出ないと駄目なんです。要は、啓発って私たち簡単に言いますが、なかなか難しい。いろんな都民の皆さんに、いかに情報提供して、自ら動いてもらわなきゃいけないんです。

これは危ない、すぐ救急車だ。そこを教えるのをどうするかって、もうちょっと具体的に真剣に皆さん考えないと、手遅れになって行くから皆さんお医者さんに負担をかけてしまっているわけです。ですから、そのこのところをもうちょっと表現とか文言が必要だろうなというふうに今回感じました。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。今のご指摘の普及啓発、あるいは患者さんの家族との連携とも重要だと思いますが、そこで一番関わってくるのがケアマネジャーであると思います。その観点から、石山委員、何かコメントございますでしょうか。この家族も含めての対応ですね。

○石山委員 ありがとうございます。今回初めて参加をさせていただきます。先生方から学ばせていただきつつ、役に立てるようにしたいと思います。

ケアマネジメントという観点でまいりますと、やはり日頃の生活をどう支えていくかという中で、この病気が発症したときにつなげられるかということと、あとは退院をなさってくるときにどういう生活基盤を整えられるかということになるかと思います。東京都、特に独居の方が多いという中で、そのこの家族のサポートが少ない中でどのように支援をしていくのかということは、先ほど平原委員もおっしゃったところではありますけれども、やはり独居の方だけではなく、やはり近居の方も多くいらっしゃいますので、認知症の方が増えてくる中で、多職種でサポートするとともに、近居のご家族に対してどういうふうに啓発をしていくかということも同時に進めていくべきだというふうに思います。そういう意味では、相談支援のところを一層高めていくであるとか、あとはサポート病院のところの機能が非常に重要になってくると思います。

もう一つですね、やはり日々の生活のところ、いかに生活基盤が安定していくかというところをサポートしなければなりません、病気の悪化であるとか、再発、再入院を防いでいくためには、本当に日々の水分とか栄養とか活動というところになってきますが、リハビリテーションの効果を出していくためにもタンパク質の摂取をしていくということも必要なんですが、非常に生活に密着した話になりますが、物価高の中で年金の額がそれに応じただけ上がっていくわけではない中で、どのように、何をしたらいいかということは分かっていたとしても、本当にそれを購入していく生活を続けていくこと自体もかなり難しくなっていく中で、どう都民の方の再発と悪化を予防していくかということについても、本当に生活に密着した中での工夫というものを多職種で考えて、サポートしていく。ご家族に対してもそういった情報を提供していくというような、病気の悪化に関して、より生活に密着した使える情報というものも一層必要になっていくというふうに思っております。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。確かにそうですよね。また、患者さんの別な観点から、ペースメーカー友の会の村林委員も参加していただいておりますが、何かコメント



ありますでしょうか。

○村林委員 ペースメーカー友の会、村林です。

1点、気になったというか、ありがたいなと思ったのは、連携というところで、病院とそれからかかりつけ医のところのデータ共有というのができそうだというのが、本当かなとは思っているんですけども、それが一番大事だなと。我々のところでは、ペースメーカーの手術とか、チェックは大病院でやるわけですけども、投薬の処方してもらうとかはみんなかかりつけのクリニックでお願いしているんですね。そうすると、大病院は本当にペースメーカーのことしかやってくれないし、かかりつけの先生のほうは、データが分からないからバラバラに診断される不安があります。データが共有できれば、とっても安心できるんじゃないかなと思うんです。かかりつけ医とそれから病院とのデータ共有みたいなものが本当にできればうれしいなというふうに思っております。以上です。

○横田会長 ありがとうございます。そのとおりです。ただ、私個人的に危惧しているのは、国のほうでも幾つかデータ共有の事業があって、そこが錯綜しなければいいなというふうに思っています。循環器だけではなく、いろんなデータ共有のシステムを考えているようですけども、何かなかなか一つにまとまらないのが危惧しているところです。いずれにしても、そのようなことはとても重要なので、ありがとうございます。

もう時間がかかりタイトになってきていますが、重要な話なので続けたいと思います。今日は東京都医師会の新井先生と、それから東京都病院協会の宮崎先生に参加していただいておりますが、それぞれのお立場からコメントいただきたいと思います。まず新井先生、全体を通じて何かコメントありますでしょうか。

○新井委員 東京都医師会の新井です。ありがとうございます。

私も二つの部会に参加しております、議論に加わっております。皆さん委員の先生方から今日いろいろご意見ありましたけども、そのとおりだと思います。私からは、今日キックオフということで、第2期の推進計画改定に向けた考え方というところ。この14ページのところと、それからその次の15ページのところは、特に15ページのところは、第1期の推進計画に比べて、今までの医療計画の4つのグランドデザインのほうに分散されていた項目が、きちっと整理されて、システムティックになったということで、計画を立てるのに当たっては頭の中が整理しやすくなったなと思っています。ただ、やはり先ほど河原先生もおっしゃったように、これが実効性のあるものにしていかなくちゃいけないということで、ぜひ予算化につながるようなところを東京都としては考えていただきたいなと思っています。

それから、ちょっと14ページに戻りますけれども、その主な課題というところで、三つのポツがございますけれども、この二つ目のポツのところだけにデジタル技術の活用と書かれていますけれども、これ全体に係ることだと思います。IT化を進める上で、人材もこれから確保するのは難しいですし、それからデータ共有の迅速性というのも求

められますので、そのこのところも、これもやはり予算がかかることです。したがって、このデジタル技術の活用というところを三つにかけていただいて、そうしますと、予算化しやすいというのも東京都もあるでしょうから、そういう形で進めていただければと思います。

今日はキックオフですので、そういう形で方向性ということだけで述べさせていただきました。以上です。

○横田会長 ありがとうございます。それでは、宮崎委員のほうからコメントございませうでしょうか。

○宮崎委員 東京都病院協会の宮崎です。どうもありがとうございます。

私のほうからは、全体を通してなんですけど、まず働き方改革に関しては、脳卒中とか心疾患とか、急性期の対応をしないといけないというところで、そういったことに相反するとか、働き手の確保という意味では、非常に厳しい課題かなというふうに思っています。このままここで解決できないかもしれませんが、それはそうだなと思って聞いていました。

あと連携に関してなんですけど、やはり心不全という疾患を考えたときに、皆様から先ほど在宅の方面からのいろいろお話ございましたが、まさにそのとおりで、心不全の方って結構ぎりぎり在宅に行ったりとか、入院を繰り返したりとか、そういう方が多いので、やはり今後は在宅でなるべく見るとしても、常に何かあったときに入院できるようなサポートができるという体制づくりが必要だと思いますので、連携って非常に必要かなと、大切かなというふうに思っております。

もう一つは、救急崩壊ということがこの3年間の中で感染症患者が起こっていました。いまだに東京ルールですね。選定困難事例が1日に100件超えるような状態が続いております。特に心不全なんかだと、肺炎とか、そういったものとの合併が多くて、選定困難になるような事案が多いような印象を受けますので、その感染症を常に考えながらの救急体制というのは、やはり重要かなというふうに思っております。その項目が入ったことは非常にいいことか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。働き方改革の問題、それから何といても皆さんから議論いただいた連携の問題ですね。最後に救急体制の崩壊というようなところ、今回コロナで浮き彫りになりましたけれども、今後これを立て直さなくてはならないというところも循環器には大きく関わってくると思いますので、そのようなご指摘をいただきました。どうもありがとうございました。

皆さんにご意見をいただきました。限られた時間ですので、またいろいろな課題というのもきっとお持ちだと思いますが、また別途書面などでも詳細に意見を伺っていく予定ですけれども、取りあえずこのような形で計画改定の方向性で進めていくということに関しては、先生方のご了解をいただきたいと思います。いかがでしょうか。よろし

いですね。

また、ご意見があったら事務局のほうに言っていただければと思います。もう時間も限られていますが、皆さんに5分ほど時間をいただいて、ちょっとデータの共有をお願いします。

これは毎年、総務省消防庁のほうから全国都道府県の突然の心肺停止の蘇生率に対して、報告が出るわけですけれども、先ほど私が触れました救急・救助の現況というふうな冊子です。実は、先日令和4年の報告がされましたが、実は今日皆さんに共有していただきたいのは、その前の令和3年の報告です。ですから、新型コロナウイルス感染拡大の影響が出始めた頃のデータと思ってください。

日本全体で突然の心停止というのは12万数千件ぐらい発生していますが、それを心臓が原因である心原性と、外傷等の非心原性に分類します。非心原性、たとえば外傷等で突然の心肺停止の場合には、社会復帰率は低いということで、その突然の心停止の蘇生率を比較するのは、心原性で比較することが多いと思います。

これが全国47都道府県の目撃ありの心原性の社会復帰率です。全国平均がここですね。大体パーセントで言うと7.5%、8%ですけれども、東京都がこのように6%強です。一番高い滋賀県は15%ぐらいです。これが全国の心原性の社会復帰率です。一番期待される心室細動や心室頻脈の社会復帰率。これは例えばAEDとかを使うと非常に高い効果が期待されるわけですけれども、これも全国平均で見ると、東京都はこのようにワースト3なんですね。一番高い石川県だと、心室細動や心室頻脈の社会復帰率は43%ぐらいです。東京都はこのように15%に満たない状況です。全国平均から比べてもかなり低いというのが現状です。

これは何故というところですが、一つは、東京都、非常に救急要請が多いということで、119番の要請から救急隊が現場に到着するまでの時間、これが全国で一番時間がかかっている現状があります。この現場到着時間と生存率と社会復帰率にどれほど影響があるかというところを統計的に見ると、このように現場に救急車が到着する時間が短ければ社会復帰率が高くなるという傾向はあるんですけれども、この相関係数 $R^2$ は0.075で、それほど高くはありません。もちろん、早くに現場に行ったほうがいいには決まっていますが、統計上はこのような数値でした。

それから同じように、心室細動と心室頻脈の到着時間と生存率を見ても、救急隊が早くに現場に到着したほうが蘇生率は上がる傾向はありますが、これも $R^2$ 、0.1142と、それほど大きな相関はないと言えるかもしれません。ちなみに東京都は全国で一番現場到着時間が長く、蘇生率も非常に低いというのが統計上、分かります。

次に医師引継までの時間ですね。119番救急要請から医師引継時間も東京都はこのように時間がかかります。病院選定に非常に時間がかかるということが、この統計からも見て分かると思います。その医師引継時間と生存率の相関を見ますと、これは不思議なことなんですけれども、医師引継時間が長いほうが蘇生率が高いというデータですが、

$R^2$ は0.0998ということで、ほとんど相関がないと言っていると思いますが、これも早く病院に到着して医師に引き継いだ方が良く決まっているので、努力していかなくてはならないと思います、それにはやはり東京消防庁の救急隊の皆さんや病院の先生方になるべく早く応需をしていただくということが現場到着時間を短くし、医師引継時間を短くすることになると思います。

さらに、心停止で蘇生率を一番向上させる因子は何かというところですが、実は市民が目撃した心原性心停止のうち、By-stander CPR、心肺蘇生を実施した割合というのが、計算すると出てくるんですが、東京はこのように47都道府県で一番心肺蘇生をする人の割合が少ないのです。一番高い沖縄でいうと、75%ぐらいの方が心臓マッサージ、心肺蘇生をしています。ところが、東京都は50%に満たない状況です。令和3年度の報告ですので、令和2年の実績ですので、実は先日出た令和4年の実績ではさらに東京都はこの心肺蘇生の実施率が下がっています。これはコロナの影響だと思いますが、このような現状です。これが実は一番相関係数が高くなります。ですから、救急車はなるべく早く行く、救急の台数を増やす、救急隊を増やすということも大切だと思いますし、医師会の先生方、東京都病院協会の皆さんの努力によって、なるべく早く応需していただくことも大切です。そして、さらに大切なのは都民の啓発というのが大切であると思います。救命の連鎖がよく言われます。予防と早い認識と一次救命処置、二次救命処置なんですけど、生存あるいは社会復帰を高くするには、この四つの輪が繋がらなくてはならないんです。予防はともかく、この二つ目の輪と三つ目の輪というのは、まさに都民が担っているところです。この二つ目と三つ目の輪が東京都はうまくつながらないというのが、先ほどのお話のデータですので、ここは医療機関も努力する。それから東京消防庁も努力しつつ、都民の普及啓発をもっともっと進めていかなくてはならないと思っている次第です。

ちなみに、蘇生率の高い県と東京都を比較したわけですけども、例えば石川県、蘇生率が1番でしたよね。また、愛知県、福岡県というのは蘇生率、社会復帰率が高い県です。それらの県と東京都が、By-standerがCPR、心肺蘇生をした割合を見ますと、東京都はこのように増えてはいるんですけども、やはりその割合はこのような県と比較すると少ない。昨年はもっと少なくなってしまった現状があります。ですから、都民に普及啓発をして、全国平均ぐらいに。さらにそこまでいったら、東京が一番だというふうしたいので、皆さんの努力をぜひお願いしたいと思います。

東京都のほうも頑張るといふふうにおっしゃってくれていますので、少なくともこういう現状があるということをご皆さんに共有したかったということで、お時間をいただきました。

今お話ししたように、先日、令和4年度の直近のデータが出ましたので、これをまた解析をして、また皆さんに見ていただきたいというふうに思います。もしかしたら、大分違っているかもしれませんが、またデータを示したいと思いますので、よろしくお願

いしたいと思います。本件に関しては、先日行われました東京都メディカルコントロール協議会、それからその前の東京都救急医療対策協議会、それから東京都医師会、東京都病院協会でもお話をさせていただきましたので、何回も聞いたという委員の方もおられますけれども、極めて重要なことだと認識していますので、今日皆さんのお時間をいただきました。

私からは以上です。

それでは、最後に報告事項でありますけれども、脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業について、事務局から説明をお願いします。

- 事務局（剣持） 先日、皆様に書面によりご協議させていただきました事項のご報告でございます。厚生労働省が公募しておりました脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業の推薦医療機関について、資料5にございますとおり、日本医科大学附属病院を皆様のご意見踏まえまして、厚労省に推薦いたしましたので、ここでご報告させていただきます。来年度、全国で15か所が採択される予定でございます。現在、国で選定作業を実施しているとのこと。結果の通知は4月になる見込みというふうに聞いております。

あともう1点なんですけれども、現在東京都のほうで脳卒中の普及啓発動画を作成いたしました。配信しているところでございます。画面にございますとおり、タレントの麻木久仁子さん、こちら脳梗塞ご経験者でございます。あと日本医科大学の木村先生にご協力いただきまして、お二人の対談を動画としております。発症時の症状ですとか、予防に関する事、治療法に関する事など、幅広く体験談を交えてお二人にお話しただいておりますので、ぜひご覧いただければと思います。

事務局からご報告は以上でございます。

- 横田会長 ありがとうございます。本日予定してました議事は以上ですけれども、全体を通じて皆様のほうから何かコメントありますでしょうか。

まだコメントいただいている方がおられますね。一言だけでもしあれでしたらお願いします。まず東京消防庁の前田課長、いかがでしょうか。

- 門倉委員代理（前田） 門倉の代理、前田です。

今日、脳卒中、心疾患の救急搬送の話がありましたけども、やはり我々救急搬送からしてみると、いかに早く搬送するかということが非常に大事になってきます。そういった意味では現場で正しい判断をしていくというのも大事ですので、国がいろいろ今、新たな判断基準といいますか、そういった部分、議論していますので、それを踏まえながら我々変えていくべきところは変えていこうというふうに思っております。

また一方で、やはり搬送のネックとなるのはやはり病院が決まらないというところがありますので、それは東京ルールの件数にも表れていますけども、同様にやはりCCU選定ですとか、脳卒中選定でも出ていますので、そういった意味ではやはり感染症を踏まえた新たな体制の構築ですとか、病院の支援だとか、そういったものが今後必要にな

ってくるのかなというふうに思っております。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。豊島区保健福祉部健康担当部長の植原委員、コメントでございますでしょうか。

○植原委員 植原です。

今回の第2期循環器病推進基本計画の策定の中に、感染の拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備ということで検討するというところでございますけど、感染症については東京都のほうで別に予防計画というのを来年度でつくるということになっております。ついでにはその整合性ととも、実際は医療資源ってパイは限られていて、そうそう増えるものではないと認識しておりますので、やはり実効性があるような整備、計画を立てていただきたいなと思います。

以上です。

○横田会長 ありがとうございます。そのとおりでと思います。最後に、東久留米市福祉保健部長の浦山委員、お願いします。

○浦山委員 東久留米市の浦山でございます。別の公務の関係で申し訳ございませんでした。先生方皆様のご意見を伺いながら、循環病のこの計画ができればと思っておりますので、今後ともよろしく願いいたします。

以上でございます。

○横田会長 ありがとうございます。皆様にご発言いただきました。それでは、以後の進事を事務局にお返ししたいと思います。よろしく願いいたします。

○千葉課長 横田先生、ありがとうございます。皆様も長時間にわたりまして、たくさんのご意見いただきましてありがとうございます。

事務局のほうで本日いただきました意見まとめさせていただいて、かつ今後、ちょっとまだ予定は具体的には立ててないですけども、タイトなスケジュールで計画策定ということになっておりますので、会を開く前に委員の皆様は書面でご意見をいただくこともあろうかと思っておりますので、そういったものも使いながら、次の会にはより体系的に具体的な議論になるように事務局のほうで準備させていただきたいと思っております。また、会の始まる前には、事前に委員の方の一部には、事前にご相談とかいろいろさせていただくこともあるかと思っておりますので、ぜひご協力よろしく願いいたします。

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させていただきます。どうもありがとうございます。また引き続きよろしく願いいたします。

(午後 7時52分 閉会)