

令和5年度第1回
東京都循環器病対策推進協議会
会議録

令和5年6月26日
東京都福祉保健局

令和5年度 第1回東京都循環器病対策推進協議会

日時：令和5年6月26日(月)午後6時30分

Web開催

○千葉救急災害医療課長 大変お待たせいたしました。定刻を少々過ぎてしまいました。申し訳ございません。

ただいまから令和5年度第1回東京都循環器病対策推進協議会を開催させていただきます。皆様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。

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、まず開会にあたりまして福祉保健局医療政策部長、遠藤よりご挨拶を申し上げます。

○遠藤医療政策部長 4月に福祉保健局医療政策部長に着任をいたしました遠藤でございます。委員の皆様には大変お忙しい中、本協議会にご出席いただきまして誠にありがとうございます。

脳卒中、心臓病などの循環器病は国民の主要な死亡原因であるほか、介護が必要となる場合も多いということもございまして、循環器病対策の推進にあたりましては、予防から治療、医療介護連携、相談支援など幅広く取組みを進めることが求められております。

また、新型コロナウイルス感染症蔓延時には、循環器病につきましても医療逼迫や患者の受診控えなどが指摘されてまいりました。

こうした状況を踏まえまして、今年度東京都循環器病対策推進計画を改定をしたいと考えております。本日は、本件につきまして委員の皆様にも広くご意見をいただければありがたいと存じます。

また、高齢化に伴い患者数の増加が見込まれます心不全につきまして、地域で患者を支える体制の構築に向け、今年度から新規事業を開始いたします。事業を実施する病院につきましても、本日もご意見をいただければと考えております。

本日はWeb形式での開催となりますが、委員の皆様にはそれぞれのお立場から忌憚のないご意見を賜りますようお願いを申し上げます。冒頭の挨拶とさせていただきます。本日はよろしく願いいたします。

○千葉救急災害医療課長 部長からも今申し上げますとおり、本日の会議はWeb会議での開催となっております。ご発言の際には、大変恐れ入りますが、ご所属とお名前をおっしゃってからご発言をいただけますよう、よろしくお願いいたします。

また、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。資料が資料1から資料6まで、参考資料が参考資料1-1から参考資料4-

4までとなっております。万一、不足等ございましたら、お気づきのたびにお知らせをお願いいたします。

続きまして、委員の紹介でございます。本日は令和5年度第1回、今年度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、協議会の時間の都合上、新たにご就任いただいた委員のみご紹介させていただきます。

資料1、東京都循環器病対策推進協議会委員名簿をご覧ください。新たに加わった、代わられた委員はお一人でございます。名簿の左側にあるナンバー21番のところ、公益社団法人東京都看護協会常務理事、横山委員でございます。横山委員、一言いただけますでしょうか。

ちょっとお席を外されているようですので、先に進ませていただきます。

また、本日の出欠でございますが、名簿の20番、公益社団法人東京都病院協会常任理事の宮崎委員、24番、東久留米市福祉保健部長の浦山委員、それから25番、島しょ保健所長の田口委員からは、欠席のご連絡を事前にいただいております。また22番、東京消防庁救急部長の門倉委員につきましては、代理で東京消防庁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。

また、本日オブザーバーといたしまして、医療法人社団つくし会理事長の新田先生、それから日本医科大学大学院医学研究科神経内科分野大学院教授の木村先生にご出席をいただいております。両先生、どうぞよろしくをお願いいたします。

次に、会議の公開についてでございます。資料2の循環器病対策推進協議会設置要綱の規定第9によりまして、当協議会の会議、会議録及び会議に係る資料につきましては、基本的に公開ということでございます。

ただし、座長が公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるとき、その他、正当な理由があると認めるときは、会議録等の全部又は一部を非公開にすることができるという規定になってございます。

本日は、心不全サポート事業の実施医療機関について、体制や実績を各病院ごとに比較する部分がございます。その比較が都民に誤った印象を与える可能性がございますので、本件、心不全サポート事業の実施医療機関のお話合いにつきましては、一部分非公開の取り扱いとさせていただきたいと思いますが、座長の横田先生、いかがでございましょうか。

○横田会長 本協議会座長の横田でございます。

事務局から今説明がありました、本日議論していただく中で、心不全サポート事業の実施医療機関については、ある指標を用いてその順位付けというふうなことがありますので、今お話があったように、都民に誤ったメッセージを与えるおそれがありますので、この部分は非公開で進めるべきと思いますが、どうかよろしくお願ひしたいと思ひます。

よろしいでしょうか、ありがとうございます。それでは、そのようにさせていただきます。

○千葉救急災害医療課長 横田先生、ありがとうございます。委員の皆様も、ありがとうございました。

それでは、本日最後の議題となります心不全サポートの実施医療機関のお話合いにつきましては、非公開とさせていただきます。また、議事の中で事務局よりご案内をさせていただきます。

また、本日は傍聴の方がいらっしゃいます。傍聴の方は、その部分になりましたら退出を一旦していただきますよう、よろしく願いいたします。

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にお願いいたします。横田先生、どうぞよろしく願いいたします。

○横田会長 それでは早速、議事の1番、循環器病対策推進計画の改定について進めたいと思います。事務局から資料の説明をお願いいたします。

○剣持課長代理 事務局の救急災害医療課の剣持と申します。どうぞよろしく願いいたします。

資料の3と4を続けてご説明いたします。まず、資料の3をご覧くださいませでしょうか。

1枚おめくりいただきまして、2ページ目でございます。こちらは既に今年の3月に実施した協議会でお示しした資料でございます。計画改定に向けた考え方ということで、国の方針に沿って、都の計画についても現行の第1期の計画の大枠を維持しながら、現状を踏まえた必要な修正を行うという方向性で進めさせていただくということで、既にご覧いただいたものでございます。

3ページ目をご覧くださいまして、こちら前回お示しした資料です。

おさらいとなるのですが、第1期の計画は保健医療計画におけるランドデザインに沿って課題を整理しておりますが、この計画改定に伴いまして、今回、国の基本計画に沿った形で構成を変更することとさせていただきたいという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。こちらが前回の協議会や事前にいただいた主なご意見でございます。

全般といたしまして、まず感染症蔓延時の状況を踏まえた検討ですとか、働き方改革の影響を踏まえた検討が必要というご意見。また、ロジックモデルの活用が必要ということについてご意見をいただいております。

また、この後、新構成に沿いましたご意見をまとめさせていただいておりますが、まず1つ目の項目、予防、知識の普及啓発のところでございますが、こちらではご意見として、バイスタンダーによる心肺蘇生率の向上ということがとても重要で、普及啓発が必要といったご意見、また、タバコの害について記載が必要といったご意見をいただいております。

2番の救急搬送体制の整備のご意見としては、脳卒中学会の認定基準と都の脳卒中急性期医療機関の認定基準の整合を図るべき、脳血管内治療の円滑実施に向けた取組の推進ですとか、デジタル技術の活用が必要といったところ、3つ目の項目、医療提供体制の構築でいただいたご意見といたしましては、主に心不全対策に関する具体的な記載が必要ですか、人材育成が必要といったところをいただきました。

おめくりいただきまして、4番、リハビリテーション体制の充実でございますが、こちらでは脳卒中地域連携パスですとか、あと在宅においてのリハも重要というところで、介護保険と連携していくべき。また、地域のリハ資源の実態把握が必要といったご意見をいただきました。

続きまして緩和ケアでは、緩和ケアの普及啓発。まだ認知度が低いというところで、そういうところが必要である。また、7番、こちらは医療介護連携の項目でございますが、心不全対策のご意見をいただいております、患者支援について、高齢者の方は合併症を併発していらっしゃる方が多いということで、認知症なども考慮した対策が必要というところをご意見いただきました。

続きまして、治療と仕事の両立支援、就労支援では、両立支援コーディネーターの活用についてご意見いただきました。

最後に10番目の情報提供・相談支援につきましては、国の総合支援センター事業に関する記載の必要性ですとか、人材育成、また、脳卒中学会が認定するプライマリーストロークセンターコア施設、こちらが相談窓口を設置していらっしゃいますので、こちらも都で活用していったほうがいいのではないかとご意見をいただいております。

これらの意見を踏まえまして、前回お示した方向性を更新させていただきたいと思えます。

6ページ目をご覧くださいませでしょうか、更新したところが赤字の下線部分でして、まず指標の設定にあたりましては、ロジックモデルを活用するという方向で進めさせていただきたいと思えます。

また、主な課題のところをご覧くださいませ、こちらは重点的に追記する予定で考えておまして、この循環器病対策推進協議会ですとか、部会で検討いただいた内容を踏まえて記載していく予定でございます。

また、先ほどいただいたご意見を踏まえまして、具体的に追記したのですが、例えば、脳血管内治療の円滑実施など、脳卒中の救急搬送・受入体制の強化というところ、また心不全の地域連携、感染症拡大時の状況を踏まえた医療体制の整備、働き方改革への対応といったところ、今後具体的に協議して計画に落とししていきたいと思っております。

その他のいただいたご意見につきましても、関係部署と調整いたしまして、また記載内容をお示しさせていただく予定でございます。

おめくりいただきまして、7ページ目。今後の予定でございます。第1回、本日でございますが、主な検討事項としては、感染症蔓延時の状況を踏まえた医療体制の検討というところを予定しております。第2回の協議会は8月頃を予定しておりますが、働き方改革の影響やロジックモデルの検討をさせていただく予定です。

次に、相談支援の状況確認として、脳卒中学会が認定するプライマリーストロークセンターコア施設に対する相談支援に関して、現状や課題の共有をしていただきたいと思いますっております。

また、その状況を踏まえまして、秋頃に第1回相談支援・情報提供検討部会を開催いたしまして、こちらで国の総合支援センター事業などの状況も踏まえて、今後の都内の相談支援の方向性について検討を実施していく予定でございます。

また、併せて医療連携推進部会も開催いたしまして、現在集計しております脳卒中の急性期医療体制状況調査の内容を踏まえて、今後の血管内治療などに関する方向性を検討していくとともに、心不全対策についても検討する予定で考えております。

こういった一連の検討を踏まえまして、第3回の協議会で計画の素案をお示しいたしまして、その後、パブリックコメントを経て計画を改定していくという流れで考えております。

続きまして、資料4をご覧くださいませでしょうか。こちらは、現行の第1期計画を先ほどお示した10個の項目から、新しい構成に組み替えまして、現在の状況を踏まえて追記・修正などした資料でございます。

この資料につきましては、先日、事前の意見聴取の際にお配りした資料と概ね同様のものでございまして、現状・課題・今後の取組の内容につきましては、まだいただいた皆様のご意見を反映できておりません。

ただ、2ページ目をご覧くださいまして、現状の上に4つの丸ポチがあると思うのですが、こちらがこの課題の背景でございます。

例えば、予防の項目ですと、循環器病の多くは運動不足や不適切な食生活、喫煙等の生活習慣などに端を発して発症するといった文言を設定しておりますが、各ページにこういったところが分かりやすいように背景を今回追記しております。

ただ、現状・課題・今後の取組といった主な内容につきましては、既に皆様にご覧いただいている資料でございますので、今回は詳しい説明を割愛させていただきたいと思っております。

この資料4にある現状・課題・取組の方向性につきましては、既に事前にご意見をいただいておりますが、本日何か追加でご意見をいただくようなことがあれば、またいただきたいと思います。また、先ほどご説明した計画改定に関する今後の進め方につきましても、ご確認いただければと思います。

事務局からの資料説明は以上でございます。

○横田会長 資料説明をありがとうございました。

資料3は、前回のこの協議会でご意見をいただいた部分、それから、その後に事前にご意見いただいた部分を4ページ、5ページにまとめていただいて、それを集約したのが6ページ。そしてさらに今後の協議会の予定を、この議論していく内容についてお話がありました。

既に事前にごいただいたご意見を反映させた形で、この新たな推進計画改定に向けた方向性が、今お話がありました。委員の皆さんで何かコメント、あるいは新たなご意見があればちょうだいしたいと思います。いかがでしょうか。

事務局は、大きくこの4ページ、5ページのところをまとめていただいて、それを6ページのような形で改定版をつくっていかうというお考えでございます。その中で今日は特に、前回もたくさんご意見をいただいた感染蔓延時の状況を踏まえた循環器の医療体制の検討というところでございます。

よろしいでしょうか。皆様のご意見を反映させた形になってはいますが、有賀先生、お願いします。

○有賀委員

有賀ですが、今先生がご指摘になった感染症蔓延時については、救急搬送が逼迫するので、「より具体的な記載が」とあります。これは、より具体的な記載ということについてのイメージが、私も、それから横田先生も含めて、かなり思いがばらけているんじゃないかなという気もしないでもない。ですから、この辺は座長として、概ねこんな感じというふうなものがあったら教えていただけますか。

○横田会長 次に事務局のほうから具体的なデータがお示しできると思いますので、またその後にコメントいただければと思います。

○有賀委員 ありがとうございます。すみません。

○横田会長 他によろしいでしょうか。

星野先生、お願いします。

○星野委員 済生会中央病院の星野です。資料3の中の説明の中で、いろいろ書いたことを取り上げていただいてありがとうございました。

⑤の後遺症の人に対するものというものが何も書いてないんですが、何も意見が挙がらなかったのかもしれないんですが、前回、第1回目の推進計画を立てた後で、やっぱり失語症関連の方とかからは「何も書いてないのでがっかりした」ということを言われておまして、この後遺症関係に関しても、少し具体的に対策を考えて書いたほうがいいんじゃないかなと思いました。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。

事務局はいかがでしょう。失語症のところは、国の基本計画のところにも書かれてましたよね。

○剣持課長代理 失語症につきましては、ご指摘のとおり、具体的な記載というのが、現行計画では少なくなっております。

失語症の、現行計画ですと、34ページ、「失語症のために意思疎通を図ることに支障がある障害者等が、自立した日常生活、社会生活を営むことができるよう、失語症向け意思疎通支援者を養成する」というような具体的な施策を一つ記載してはございます。

また関係所管と協議いたしまして、このあたりを調整させていただきますので、よろしくをお願いいたします。

○横田会長 星野先生から事務局に宿題を今いただきました。対応させていただくということによろしいでしょうか。

○星野委員 よろしくをお願いいたします。

○横田会長 ありがとうございます。

他によろしいでしょうか。

どうぞ。

○前田代理 東京消防庁の代理出席の前田です。

資料の3の4ページに、「②救急搬送体制の整備」とありますが、こちらの一番下の丸のところ、出動トリアージ基準というのが出てくるんですが、前回までの会議の中では、救急隊が現場で観察をして脳卒中の判断をするみたいなどの判定基準とかいった議論があったかと思えます。

ここに出てくる出動トリアージというのは、例えば、119番を受けたときに手厚く対応するというふうな部分を言ってらっしゃるんでしょうか。現状としては、例えば、救急隊と消防隊を一緒に出すPA連携を運用しているんですが、この基準を見直していこうというふうなお話でしょうか。

○横田会長 具体的に出動トリアージというのはどういう意味かという質問だと思うんですが、いかがですか。

○剣持課長代理 こちらの出動トリアージ基準ということについて、先ほどおっしゃったどちらかの認識で委員がご発言いただいたのか、きちんと確認は取れていないところですが、事務局といたしましては、脳卒中の搬送において、そういった救急隊のプロトコルなどの改善をしていくというような関係からのご意見ではないかと認識しております。

また確認してご案内させていただきます。

○前田代理 分かりました。ありがとうございます。

○横田会長 新井委員、どうぞ。

○新井委員 東京都医師会の新井です。

この丸のところを書かせていただいたのは私ですが、今日もし議論で行われると思えます感染症蔓延時の救急体制ということにつながるかもしれませんが、受入医療機関がかな

り院内クラスターとかでダウンしているようなとき、受け皿が少なくなったようなときに、やはり重症患者を取りこぼさないで搬送するということが、非常に重要になると思います。

全ての救急、119番に均等に対応していたのでは、本当の重症患者を見逃してしまう、搬送できないということで、そういったトリアージが必要になってくるということを考えて、これはもうMC協議会の話だと思うんですが、そういうところを書かせていただきました。これは検討事項ということかもしれません。

○横田会長 新井委員からの質問のコメントの項目で、ということでした。ありがとうございます。

前田さん、それでよろしいでしょうか。今の新井委員からのお話で。

○前田代理 分かりました。ありがとうございます。

○横田会長 ありがとうございます。

それでは、先ほどの感染蔓延時の状況について、事務局からデータをお示しいただきたいと思います。

○剣持課長代理 投影されている心血管疾患と脳卒中の救急搬送の状況についての資料をご覧くださいませるか。

こちらは東京消防庁からのデータをいただきまして資料作成しております。表をご覧くださいまして、こちら平成30年から令和4年までの救急搬送人員、平均応需率、平均選定回数、救急活動時間をお示ししております。こちらは、配布資料ではございませんで、今投影しているだけの資料でございますので、画面をご覧くださいいただければと思います。

まず救急搬送人員につきましては、全体と書いてあるところ、こちらは脳卒中・心疾患にかかわらず、救急患者搬送、救急搬送患者全体の数字でございます。

平成30年から増加傾向にございましたが、コロナ禍となった令和2年には令和元年と比較して14.5%減少いたしまして、令和3年、令和4年と年々増加しておりますが、令和4年時点で70万8965人と、令和元年度時点の73万1900人と比較いたしますと3.2%減と、コロナ前ほどには戻っておりません。

続きましてCCU選定というところをご覧くださいまして、こちらは現場で救急隊が心血管疾患患者疑いと判定いたしまして、CCUネットワークの医療機関への搬送ということで病院選定した事案でございます。

こちら30年から元年と増加しておりましたが、令和2年に6.9%減少いたしました。令和3年はまだコロナ前の搬送数には戻っておりませんが、令和4年には1万1305人と、令和元年と比較して14.3%増加しております。

続きまして脳卒中A、Bとございますのは、脳卒中疑いと判定されて、脳卒中急性期医療機関Aの施設とBの施設への搬送案件として病院選定したものでございます。

脳卒中Aについては30年、元年と増加傾向にあったものの、令和2年には0.3%減となりましたが、令和3年にはまた3.7%増と回復し、令和4年には、令和元年と比較いたしますと9.6%増となっております。

脳卒中Bにつきましても、30年から増加傾向にございまして、令和4年と元年を比較いたしますと、47.9%と大幅に増加しております。

続きまして、平均応需率でございますが、こちらはコロナ前については全体・CCU・脳卒中と70%から80%あたりであったものが、令和2年から低下いたしまして、令和4年には大幅に低下しております。

平均選定回数につきましても、全ての項目で年々概ね増加傾向にございます。

最後に救急活動時間、こちらは救急車の出場から医師に引き継ぐまでの時間でございませぬ。

脳卒中B以外のもので、平成30年から元年で一旦救急活動時間が短縮しておりますが、コロナ禍となった令和2年以降は延伸いたしまして、令和4年は、コロナ前の令和元年と比較いたしまして、全体の患者では17分11秒、CCUは12分18秒、脳卒中Aは18分2秒、脳卒中Bは22分30秒と、大幅に延伸しているところでございます。

また、令和2年につきましても、全体・CCU・脳卒中で概ね救急患者が減少したにもかかわらず、応需率は低下し、活動時間なども延伸しています。

また、令和4年につきましても、特にCCUは全体より患者数が大幅に増加しているにもかかわらず、応需率は全体より低下しておらず、活動時間も他に比べては低下していないような状況でございます。

簡単でございますが、事務局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す。

○千葉救急災害医療課長 すみません、救急災害医療課長の千葉でございます。ちょっと補足をさせていただきます。

全体救急搬送遅延、令和4年度では、もちろんこのデータにありますとおり、令和元年に比べまして減ってはいるんですが、これは減っているというよりも、もっと増えてくるというふうな感じで、令和5年はもっとさらに増えているということで、やはり年々増加傾向にあるということは間違いないと思います。令和2年と3年がちょっと異常値だったということだと考えております。

また応需率ですが、応需率は、コロナのいわゆる波が来たときには、CCUそれから脳卒中ともに非常に低下します。これはなぜかという、やはりコロナの治療のほうに医療のリソースを取られるということ。それから、波が来ると、やっぱりどうしても病院の中でもクラスターが起こって医療体制が少し低下するというので、応需率が下がります。

大体波が来ると、CCUのほうですと一番大きな波、前回の7波、8波くらいですと、最低30%ぐらいまで低下します。ただし、波が去った後、コロナの患者さんが少なくなると、やはり8割くらいまで回復するというふうなことがあります。

同じことが脳卒中にもありまして、脳卒中のほうはコロナの波がひどいときですと、やはり3割切るような形の応需率になってしまいますが、波が去った後になりますと、やはり7割8割まで回復するということとございます。

この応需率というのは、やはりコロナの波でこのようなことになってしまっていて、やはりどうしても断る回数が増えてしまっているということです。ただ、患者数としては、CCUも脳卒中もご覧のとおり伸びていますので、事務局といたしましては、課題は2つあると思っております。

増加傾向にあるCCUや脳卒中の患者さんをどのようにして対応していくのか。それから、今回はコロナでしたが、今後新興感染症の波が来て、医療のリソースが取られたりとかクラスターが起こったときに、どのようにしてみんなでカバーしていくのか。この2つが課題だと思っております、その解決にはやはりCCUネットワーク、それから脳卒中急性期医療機関の連携体制の充実と強化、この2つの課題に対応して考えていくことが重要ではないかと、事務局としてはそのように考えております。

○横田会長 今、説明あるいは補足の説明で、感染の実態が明らかになったと思いますが、いかがでしょうか。

先ほど有賀先生からコメントがありましたが、いかがですか。

○有賀委員 いやいや、横田先生、私が一番お聞きしたかったのは、困った状況を具体的に知ることはできるんですが、その困った状況から具体的にどのようなイメージで対策を講じるのかというか、そこら辺がさらりと書いてあって、どうなっちゃうんだろうという、そういうことですね。私の言っていることは分かりますかね。

○横田会長 分かります。東京ルールを先生と一緒にいろいろディスカッションしたときに、結局、決まる施設はあるわけです。

ただ、そこに行きつくまでにコロナ前よりは時間がかかる、あるいは応需率が低いというようなところで活動時間が長くなる。

ですから、いかに受けてくれるところにうまくマッチングさせるかということだと思います。

新たな新興感染症が出てきたときに、どのように対応するかという部分だと思うんですね。

○有賀委員 いや、横田先生、事務局のおっしゃることも、横田先生がおっしゃることも、おっしゃることそのものの内容については、有賀も全くそうだと思うんです。

要するに、救急搬送体制を確保すること、つまり医療の提供をどのような形で確保するかについての具体的な記載がというところが、イメージとして、それぞれの思いがかなりバラついているかもしれません。

そもそも無理だと思う人がいるかもしれないし…ということで、そういう意味での具体的な記載ということについてのイメージが、困っている状況は分かるんですが、確保することについての具体的なイメージという観点で、やはり議論は相当程度に、複雑で難しくなるんじゃないかなということを思って発言した次第です。

分かっていただけますよね。

○横田会長 コメントということで頂戴しますが、そのところをこの協議会で議論して結論を出していくということになると思います。事務局から今の有賀先生のコメントに関して意見がありますか。

○千葉救急災害医療課長 はい。ちょっと繰返しになってしまいますが、私どもが思っているところとしましては、2つの課題として、先ほど言いました、患者数の増にどうやって対応するのか、それから、感染症の波が来て医療のリソースが取られたり、クラスターの発生によって医療体制が低下したときに、どのように周りで、みんなでカバーしていくかということです。

この2つの課題があると思っていて、それを解決するためには、病院を倍にするとかいうことはできませんし、医師を十倍にするとかいうこともできませんので、連携と役割分担ということで、CCUネットワーク、脳卒中急性期医療機関を中心とした医療連携の充実強化が必要だと考えております。

具体的には、そのネットワークをする際に、患者さんを受ける病院はどういった問題があったのか。例えば、患者さんを受けるけれども、転院先、退院先がなくて困ったから、そっちを充実させるべきですとか、その連携を強化すべきですとか。

それから、救急隊が時間がかかるのは、病院とのやり取りに時間かかっているのか、それとも、もうちょっとその辺の効率化ができるんじゃないかですとか。

そういうふうな、現場で先生方が感じていた、生じたこの課題というのを、どうやったら、例えば、連携によって解決できるのか、それとも行政が何か手を打つべきものがあるのかというのを整理していただくというのが、やはり必要なのかなと、私どもは考えております。

○横田会長 ありがとうございます。

この辺、受け手側のそれぞれ事情もあると思うんですが、高山委員、お願いします。

○高山委員 榊原記念財団附属榊原記念病院の高山です。

心臓血管救急のさまざまな解析をしてきておまして、その中で一つヒントになるかなと思うことがございます。

特に大動脈スーパーネットワークに関しては、この後お話しいたしますが、まず一つは大動脈患者さんの収容数は有意に減りました。それから、死亡率が下がりました。

しかし、さらに解析を見てみますと、大動脈重点病院、24時間いつでも受けるというところと、支援病院と言っている、24時間毎日、必ずしも全部じゃないけれども、ある程度はできるという2つに分けているのですが、もともとコロナの前までは大動脈重点病院が全症例数の大体53から55～56%を占めていたんですね。

ところが、実際蓋を開けて見ますと、コロナの2021年、22年に関しては、ちょっとデータ集積ができていないのですが、それに関しては、むしろ重点病院が減って、支援病院が多くなって、今までむしろ重点病院が多くなってきている傾向だったのですが、それが減ったんですね。

これをよく見てみますと、重点病院というのは、特に都心あるいは中心のところの大きな大学病院、総合病院で、総合的にたくさん疾患を診ていて、そういった施設は大体感染症指定病院ですね。ですから、こういうところはいわば埋まっているんです。

その中で、支援病院の中ではかなりの多くの病院、心臓血管系の専門病院がありまして、これが非常に頑張って数を増やしてカバーしてくれていたという事実がございます。

例えば、脳卒中とか脳血管系の専門病院が、かなり都内にもありますので、そういうところは同じような力を発揮できるんじゃないかなと考えております。

○横田会長 ありがとうございます。

重点病院はどうしてもコロナを優先的に治療しなくてはいけないということで、今回は支援病院が機能したということですね。

指名で申し訳ないんですが、水谷先生、何かご意見あるいはいいアイデアとかがありませんでしょうか。いかがでしょうか。

○水谷委員 感染症がはびこったときに、大きな病院で、横田先生が言われるように、もう本当に感染症を受けなくちゃだめという状況で脳卒中を受けるというのは、本当に苦労したというか、大変だったイメージがあります。

まず感染症に対して、院内でどういうふうになれば手術できるとか受け入れられるかということよりも、院内だけじゃなくて、公的というか、ガイドラインみたいなものを早々につくってもらって、こういう体制で手術できるとか、こういう患者だったら受け入れるというのは、公のガイドラインみたいなのがあれば、もうちょっと受け入れやすいという感じがしましたね。

実際、コロナの人がいっぱい入ってきたときに、脳卒中を受けてどうするんだみたいな感じで、基準みたいなのがなかなかなかったので、それで受け入れるのが怖いなみたいな感じを、皆さん思っていたと思うんです。

正体不明の感染症でしたし、今後またそういうのが出てきたときのために、感染症グループというのはなるべく早くその基準をつくってもらっていただければ受け入れやすかったかなと、当時を見たら、今はそう感じています。

○横田会長 ありがとうございます。

また指名で申し訳ないんですが、星野先生、いかがでしょう。特に脳卒中を診療しているという立場でいかがでしょうか。

○星野委員 うちも三次救急をやっている、コロナの患者さんもどんどん来てしまって、ベッドが埋まって、中でクラスターみたいなものも起こって、結局受けられないという感じでしたね。

心臓の場合は、心臓だけ専門にやっていてコロナを受けない病院というのが、多分いくつかあって、そういうところは多分かなり集中的に患者が集まって治療ができたという意味で、先ほどおっしゃったのかなと思いました。

ただ、脳卒中の場合は、残念ながら、脳卒中だけやっていて他は診ないという病院は余りないので、結局救急をやっている、そこにはコロナも当然行きますので、ある程度重症な人は当然「そこに行ってください」という感じになるし、それから「他の病院もみんな今受けられないから」と言うと、さっきの東京ルールとかでどんどん回ってくる。

そうすると、当然、脳卒中・心筋梗塞もその中に紛れて取れるんですかということ、結局ベッドがいっぱいになって受けられない。

先生がおっしゃるように、どんどん後方でどこかに回せれば、ある程度動かせるのかもかもしれませんが、ただそういうときというのは、他の病院も多分かなり満床で動けないから、どうしようもないところはあったのかなと思っています。

○横田会長 ありがとうございます。

高山委員、お願いします。

○高山委員 高山ですが、ちょっと補足します。

心臓血管系の専門病院は、コロナを受けていないということではなくて、中等症まで受けていますが、重症は他にお願いするところがあるところもございました。榊原記念病院も大体そういう立場で、中等症までは受け入れておりました。

それから、やはり重症もしっかり同時にE CMOを使ってたくさん診ているような専門病院もありましたから、コロナを診ていないという施設は全くなかったように思います。

○横田会長 ありがとうございます。

後でまた高山先生からも新型コロナウイルス感染症拡大の影響のデータをお示しいただけたらと思うので、引き続き議論すると思います。先に進みたいと思います。またご意見があったらぜひお願いしたいと思います。

それでは、本日オブザーバーとして参加していただいています日本医科大学の木村教授から、脳卒中学会を代表して、脳卒中救急の状況についてお話をいただきたいと思います。

木村先生、よろしく申し上げます。

○木村オブザーバー 日本医科大学の木村でございます。脳卒中に関して発表させていただきます。

スライドをお願いいたします。これは、本当だったら動画ですが、こちらは、約1000の病院にアンケートをして得たデータでございます。論文としても報告されております。

やはり感染が起こって入院患者は減っていますよというデータで、脳梗塞は全体で1.9%減って、脳出血は3.9%、前年に比べて減っていますよということでございます。

スライドをお願いします。こちらは日本医大のデータでございます。患者数が、ブルーのほうがコロナの患者の波です。折れ線グラフが日本医科大学の入院患者のデータですが、やはりコロナの患者が増えると患者数が減ってくるというデータです。

次、お願いします。こちらは血管内治療のデータです。やはりコロナの患者が増えると、血管内治療が減りますよというデータでございます。

スライドをお願いします。その理由はなぜかということ、患者が減っているわけじゃなくて、残念ながら、受け入れることができなくてお断りしているというのが、患者さんが減っている。入院患者も減っているし、血管内治療も減っているというデータでございます。

こちらは、コロナに感染した人の脳卒中の実態が、全然日本では分からないということで、私が主任研究者として調べた研究でございます。

脳卒中学会でやった研究で、一次脳卒中センター975施設に研究を依頼して、563のプライマリーストロークセンターから参加を得ることができました。そして、前向きに登録してもらおうということで、2020年6月から2022年5月31日で脳卒中とコロナを発症した人を調べたデータでございます。

スライドをお願いします。160人が登録されました。これは欧米に比べると非常に少ないんですよ。1桁、2桁くらい少ない数で、もっとたくさん登録されるのかなと思ったんですが、非常に少ないということでございました。

脳梗塞が81%で、脳出血が13%、くも膜下出血が4%、その他が3%ということでございました。ですので、やはり脳梗塞が多いということです。

スライドをお願いします。こちらは予想どおりで、赤いほうがコロナの患者数ですが、それに合ったように、コロナの患者が増えると、登録患者数も非常に増えていくという感じでした。

年齢分布ですが、平均が、中央値が72歳です。見ていただくと、やっぱり若い人が少なく、70歳以上が60%弱ありますので、高齢者に多いということが分かります。

次、お願いします。やはり男性が多い。67%が男性でございました。

次、お願いします。これは重症度でございますが、NIHSSの0から5、軽症の方が44%ということですが、NIHSSが11点以上の人を見ると4割近くいらっしゃるんですね。やはり重症の方が結構いらっしゃるということが分かりました。

スライドをお願いします。呼吸器症状ですが、酸素投与の人が多くて、熱が出ている人が3割、呼吸困難の人が3割、咳が出ている人が2割という感じでした。

スライドをお願いします。こちらのI-ROAD、肺炎の重症度とありますが、こちらは軽症、中等度、重症度と分けました。

肺炎の程度ですが、肺炎がない人が31%ですが、70%の方が肺炎があったということです。軽症は27%、中等度と重度を併せると4割以上ということで、やはり中等度以上の肺炎に脳卒中を発症しているということが分かりました。

次に、人工呼吸器とECMOの使用状況ですが、人工呼吸器は24%使われていましたし、ECMOは3%使われたということになりました。

D-dimerが指標になるんじゃないかと言われていたんですが、予想どおりでして、1以下というのが19%、1以上は80%あります。1から5が43%、10を超えているかなりD-dimerが高い人というのが、大体4割近くいらっしゃるということが分かりました。

次に、脳梗塞でございますが、脳梗塞と脳出血を比べますと、年齢が脳梗塞72歳、脳出血69歳と、ちょっと高いということです。男性が68%、70%、これは余り変わらないです。

次、お願いします。臨床背景ですが、やはり脳梗塞の患者さんは脳出血と比べて血圧が高い人が多かった。糖尿も多い、脂質異常症も多い。それから心房細動がちょっと多い。CKDが多いという結果でした。

病型ですが、ラクナ、アテローム、心原性と大体3割ずつなんですが、これを見ていただくと、心原性が多くて、あとその他と、分類に入らないというのが40%以上あるということで、結構その他の人が多かったという結果でした。ラクナが非常に少ないということになります。

NIHSSスコアですが、やっぱり10点以上の人が35%。20点以上は20%と、結構重症の方が多。また、ASPECTSというのは梗塞巣の広さを見る指標ですが、点数が低いほど梗塞が広いということになります。7点以下が30%、4点以下が15%ということでございました。

呼吸器状態は、酸素投与が50%、人工呼吸器が23%、ECMOが4%。

肺炎ですが、ない人が30%、軽度が29%、中等度が24%、重症が18%で、7割の方は肺炎を合併していたということになります。

D-dimerですが、やっぱり高い人が結構いらっしゃいました。1以上が76%です。CRPも高い人が多い。1以上の人92%で、ほとんどCRP陽性で、10以上は22%でございました。

脳梗塞に関しては大きな血管が詰まっている人がやはり多いです。内頸動脈閉塞が24で、M1が19、M2が28例です。BAもしくはPCAが6例ということで、脳梗塞の

患者さんの60%が脳の主幹動脈閉塞ということで、かなり大きな血管が詰まっている人が多いという結果でした。

治療ですが、t-PAが9%やられていまして、血栓回収が17%ということで、やっぱり少ないですね。大きい血管がたくさん詰まっているのに、こういう積極的な治療は少ないという結果です。

再開通率が70%ということで、血栓回収をやっても大体9割ぐらい、90%ぐらい再開通しますが、ちょっと低いなという印象があります。

次、お願いします。これが一番大事なスライドです。脳梗塞の患者さんの退院時の転帰ですが、亡くなっている方がなんと19%もいらっしゃいました。寝たきり、死亡を併せると55%ということで、かなり転帰不良ですよ、これを見ると。普通の脳梗塞と全く違うなという印象でございます。

これは、死亡と非死亡を比べていますが、亡くなる方はやはり年齢が高い、重症度が高い、CRPが高い。肺炎の人が多という結果になりました。

まとめますと、やっぱり脳卒中の発症には高齢者が多い。危険因子をたくさん有している人が多かったです。70%近く、脳梗塞の患者は主幹動脈閉塞が見られますので、何らかのコロナの影響が大きかったのかなという気はいたします。

そして、転帰が悪いですね。致死率が20%近くいらっしゃるということ、あと転帰、寝たきり死亡が15%でしたから、非常に転帰不良だということが言えると思います。あと死亡は高齢、重症度、重症肺炎との関連があるんじゃないかなと思われま。

以上でございます。

○横田会長 ありがとうございます。大変貴重なデータだと思います。

続いて、高山先生にお話しいただきますが、今ここでどうしても確認しておきたいというふうな委員がおられましたら。

よろしいでしょうか。

それでは、後でまた高山先生が終わりましたら、コメント、質問を受けたいと思います。

それでは、高山先生、よろしくお願いします。

○高山委員 それでは、新型コロナ禍における東京の心血管救急の状況ということで、CCUネットワークは長年集計データの解析をしておりますので、これからお話しいたします。

次、行ってください。現在、東京都CCUネットワークは75施設で運営しております。そして、昼間の人口で1582万人という非常に大きな東京全体をカバーしておりますが、このところは細かくは言いませんので、先へ行ってください。

これが75施設で、多摩から、もちろん23区内が多いんですが、うまく何とか分散して、この大動脈のスーパーネットワークでは、大動脈緊急症という、急性大動脈解離と大動脈瘤の破裂を対象としています。

次、行ってください。年間に、ちょうど緊急心血管疾患が、これ2021年のものですが、1万6584例を、このときは73施設でありますが使用していきまして、赤い点線で囲ったのが、これは大動脈スーパーネットワークで、これはCCU循環器内科だけでなく、心臓血管外科と救命センターからのデータ集計をさせていただいております。

心筋梗塞で死亡率5%、心不全6.7%、大動脈瘤のほうが非常に高く、併せて25%ぐらいが死亡します。これは到着時の心停止の、来院時心停止例を含んでおります。

次、お願いします。ざっとお話しいたしましたが、これはいろいろな治療法によって、現在、急性心筋梗塞の院内死亡率が5.1%まで改善しております、いろんな新しい治療が加わっております。

次、行ってください。また、データ集計というのを2本立てでやっております、3か月ごとに診断名で、生死、それから重症度のざくっとしたものを捉えて、6か月するともう新しいデータが報告できるというようにしております。

それに加えて、別に個人調査ファイルと言っておりますが、右にありますのは手書きデータですが、手書きと、あるいはファイルメーカープロというデータを登録するPCベースのものですが、それを合わせたものを約12、13年前から使っております。

これも新しく今度EEC化といって、インターネットでこれを登録できるように変えていきますが、こういったものの解析を全ての施設にお願いしていきまして、緊急心血管疾患8疾患について、急性心筋梗塞、心不全、重症の不整脈、大動脈瘤といったものを全部含んでおります。

これは学術委員会に組織をつくって、疾患別の判別を、班をつくって解析しております。

次お願いします。コロナに関してですが、ちょうどコロナが流行し始めたときから、もし受入れができないというCCUの施設があったら、6時間以内に事務局に連絡をせよと指令を出しておりました。

上が、ちょうど青く示したのが東京の新型コロナの入院患者数、これはちょうど東京都のほうで集計しているものを表しています。下が、グレーがCCUネットのネットワークの機能が停止してしまった施設数です。まさに患者数が増えると、このように停止する施設が、これはちょうど最初の第1波のときですが、このようにパラレルに動いています。

次、お願いします。東京都CCUネットワークの当番制というのが走っております、これは当番は必ず患者さんを緊急で受けなくちゃいけないんですが、当番でないところも積極的に緊急で受けるということが同時にありまして、休む日は全くないんです。

しかしながら、受けられなくなってしまった当番施設が、この黄色で示したように非常に多くなって、こういったものを随時つくって、加盟施設には回して、それから東京消防庁にも回して、「ここへは運べない」ということをずっとやっておりました。

次、行ってください。これが第1波です。2020年5月7日という、ちょうどゴールデンウィークのときですが、この頃が一番ひどくて、右のほうに受入れパワーを地域によ

って分けておりますが、左のほうが多摩、右に行くに従って23区内の西部、中央部、東部、東北部となります。

山手線の中がこの右から2番目です。このとき、区の中央部は大きな総合病院、それから大学病院の非常に多数が、心血管救急はできない、もう43%というように、その病院が受けられないということで、これはクラスターというよりは、むしろ機能分担で、感染症に特化してということと、それから、一部に本当にクラスターで受けられなくなったところもあります。

こういった状況が分かったので、すぐ「ここへは患者さんは運ばない、中央部は運ばないで、23区内の東部に、西部に、あるいは北部のところに運ぶように」と、消防庁のほうにはお願いしておりました。

次、行ってください。実際、患者さんの集計データを、これは日本循環器学会の総会で事務局長の山本が話したものです。

次、行ってください。この赤い色が実際のコロナの蔓延を示します。

次、行ってください。この2020年と、2018年と2019年を併せた、要するにパンデミックになる前と後を比較して、どんなふうな差があるかということを見ようということで、トータル5万4545例の、これは症例登録ができています。それを年度で分けております。

特にCCUネットワークとしての分が4万8353例、大動脈スーパーネットワーク、大動脈瘤が6192例です。

次、行ってください。パンデミック前と比較した急性心筋梗塞の患者さんを見てみますと、この薄い縦線に横棒がかかっているのは、まだ統計的に有意でないけれども、上から赤い点線で囲んだ2020年の4月から6月は、統計的に有意に、この時期は急性心筋梗塞の緊急入院数が少なかった。そして、一番下がトータルですが、ここも有意に少なかったということが分かりました。

次、行ってください。また、左側の不安定狭心症は、全体的に入院数が少なかったです。それから、急性心不全は、2020年4月から6月が少なく、そして、1年間を通して入院数が少なかったという現状がありました。

次、行ってください。では、実際、院内死亡率はどうだったかと見てみますと、急性心筋梗塞は2020年が5.3%で、2018、2019を併せて5.3%で、これは全く変わりませんでした。

こうしてみますと、違いがあったのは、急性大動脈解離は、ここに示すように、死亡率が2020年は17.3%、その前の2年は13.8%で、これは統計的に有意でありました。

次、行ってください。海外ではどうだったかという、左が米国のものですが、青い線のコロナの患者さんが増えると、赤い線の急性心筋梗塞の患者数が減少したというのが、2020年に報告されています。

また、右側が欧州、ヨーロッパですが、2020年は、2019年に比べて心筋虚血の時間が延長した。それから、院内死亡率が、前年2019年の4.9%から6.8%へ増加した、このように報告されています。

次、行ってください。このST上昇型急性心筋梗塞は、緊急の冠動脈造影をして、詰まっていればそこカテーテル治療をやるということが、もう20年以上前からやられています。

特に発症2時間以内が一番重要で、遅くとも4時間以内にやりたい。6時間以後はもうやっても意味はないということで、基本的には6時間以降は余りやりません。

次、行ってください。これは患者さんがまず病院に運ばれるまでのところですが、青色が発症の時刻から最初に救急、119番に電話して、そこまでのFMCと書いてあるんですが、ファーストメディカルコンタクトで、その時間が大体40分です。

ちなみに、2007年から2016年を示しています。そして、濃い赤が搬送、コールしてから病院に到着するまで、そして病院に到着してから緊急カテーテル治療をやるわけですが、それがこのピンクで、そして矢印が書いてあります。

これを、ドアツーバルーンタイムと言っていますが、病院に着いてから緊急カテの時間を90分超えては遅い。できるだけ60分未満にしようということを目指しています。

2016年まででも、もう60分切るか切らないかぐらいの時間をずっと続けて、トータルで120分以内に治療するというのが、東京で非常にうまくできております。

次、行ってください。これは、2017年から2019年までの1万4945例、流行する前の患者さんたちと、流行中の3437例を比較しています。

次、行ってください。この患者さんたちの治療がどのぐらいできているかということで、緊急冠動脈造影が96.3%で、本当にものすごく多数の患者さんが東京ではできておまして、流行中も94%が受けているんですね。緊急カテーテル治療が90%、そして流行中も89.5%でした。

世界中でこれだけ治療できているところはないです。日本は非常にこの率は高く、どんな患者さんでも基本的にはカテーテルやるというのが、もう我々循環器医の習慣になっております。

次、行ってください。この患者さんの一つは、全体がちょうどこれが上の横棒、青、水色から変わっていきませんが、この上の段が流行の前です。そして下の赤いのが流行後です。

確かに延長しているんですが、どこが延長しているかというのを見ると、まず患者さんがデジジョンしてコールするまで時間が延びています。そして、最後の一番右の病院に着いてからカテーテル治療するまでの時間が延びています。

これは何が延びたかという点、大体最初の、やはりコロナかどうかをきちんと診断する、その時間がどうしても多少延びています。それでも一応6分で、患者さんがコロナであっても、それなりにいろんなうまく治療をしております。

次、行ってください。そうしますと、特にこの緑の点線で、もともと30分以内に治療できる人が非常に多くて、東京で35.9%、発症から30分以内が非常に多かったんですが、それが統計的に有意に31.9%に減りました。

次、行ってください。他にもいくつもあるんですが、ポイントだけ言いますと、これは結局、急性心筋梗塞院内死亡率に東京では悪化はありませんでした。ST上昇型のほうが重症ですが、こちらのほうも少し高いんですが、統計的にはやはり有意ではありませんでした。

次、行ってください。まとめですが、心筋梗塞に関しては、第1波に診療数の減少を認め、心不全不安定狭心症も入院数が減少しております。

それから、心筋梗塞の院内死亡率に有意差はなかったんですが、やはり治療には少し時間がかかっている。一方、大動脈解離の治療数の減少と院内死亡率の増加というのは明らかにありました。

こういったものは、ちょうど集計システムが機能していたので、何とかこういうふうに早い時間に報告できております。

次、お願いします。最後ですが、特にこういった推進協議会ですので、やはりこういうデータ収集と集計を効率的にやって、特にポイントを絞った、特に心不全とかがこれから問題になりますので、本当にうまく全体のデータを捉えて、結果を見て行くというようなシステム化ができれば望ましいかなと考えています。

○横田会長 ありがとうございます。

大変びっくりしたデータですが、これは、特に例を出して言いましたが、区中央部でCCUネットワークが機能できないような事態の際に、東京消防庁にCCUネットワーク事務局からそういう状況だという連絡をしたというお話でしたが、いわゆる事務局機能として、リアルタイムに都内の受入れ状況を東京消防庁に連絡して、調整もしているという理解でいいですか。

これは有賀先生の質問のお答えになるのかなと思って聞いていました。ありがとうございます。

○高山委員 要するに、全施設に、例えば、ここの病院が機能できなくなったというのは、ぱっと流します。大体、動かなくなった6時間以内にはやっています。

ですから、そういう意味では、そういった病院に紹介するのともなから、効率がよくなると思います。

○横田会長 活動時間や応需率が若干低下しましたが、それでもアウトカムは、急性心筋梗塞に関しては全く統計的にも変わらないということでしたよね。

ありがとうございます。

木村先生のお話と高山先生のお話をお聞きしましたが、全体を通じて質問、コメントがありましたらいかがでしょうか。

これは、むしろ患者さんの代表の皆さんから伺いたいと思います。まずこの会場に川口委員がおられますが、いかがでしょうか。

○川口委員 ありがとうございます。

初めてこのようなお話を伺い感動いたしました。

数字で示されると無駄のない時間を共有していることがとても良く分かりました。

他の医療体制にも活用していただければ、より素晴らしいと思います。

○横田会長 CCUネットワークは、これから恐らく脳卒中もこういうネットワークが必要だということを、裏付けているんだと思います。

その脳卒中の、脳卒中協会副理事長の川勝委員、何かコメントはありますでしょうか。

○川勝委員 ありがとうございます。

今日もたくさん医療体制の充実、脳卒中も循環器病も、お話聞いていて本当に頼もしいなと思います。

救急体制の充実のお話に重点が置かれているんですが、今ずっと考えていたんですが、一般の都民はこの医療体制の充実とか救急体制の充実に関われないんですよ。

「都民の人は何をすればいいんですか」と考えた場合、さっきから都の計画を読んでいましたところ、参考資料の1の2に今日も掲示されていて、「都民の果たすべき役割」というのが実はあるんです。もちろん、医療従事者の役割もありますが、「都民も役割はございますよ」と書いてあるんですね。

簡単に言うと、僕が一番重視しているのは、「知識や患者に関する理解を持ち、主体的に臨む」ということが書かれております。

これはとても大事な話であります。皆さんは知識が足りなくて、患者に対する理解を持っていない。先ほど失語症のお話がありました。失語症患者の方から非常に厳しいご意見が出ています。「全くこの協議会では、失語症の話出てないじゃないか」という意見もあります。

はっきり言いまして、東京都民のためにこの協議会が行われているんだというのを余り感じないんですね。

医療体制の充実のために皆さん頑張っているというのは、先ほどからずっとお話を聞いて感じるんですが、「東京都民のために私たち頑張っているんだよ」というのが、どうも余り感じられないような気がするんです。

最初のテーマに戻るんですが、資料の3に計画改定に向けた考え方を事務局でまとめてくれています。

6 ページですが、ここを読んでいまして、赤字が増えているんですね。要は重点的に追加している項目が増えてしまって、真ん中あたりの黒字で残っている「相談支援・情報提供（正しい知識の普及啓発含む）の充実」が、だんだん薄まっていっているように感じます。

国もこれに危機感を持っていまして、厚生労働省の協議会も出ていますが、啓発が全然進んでないという国会議員からの指摘も受けています。

ですから、東京都民の目線に立った場合に、「ならないことが大事なんだ」ということを、都民の皆さんに理解させる役割が、私たちのこの協議会にあると思うんですよ。果たしてこの計画でそれが力強く出ているのかどうか、少し疑問を感じましたので、意見として述べました。

○横田会長 ありがとうございます。

今の川勝委員の話は、恐らく最後に出てくると思いますが、脳卒中の総合支援センターとの議論とも兼ね合ってくると思います。

後で私もデータを出しますが、都民への普及啓発というところは非常に重要だと思いますので、貴重な意見として承っておきたいと思います。どうもありがとうございました。

○川勝委員 ありがとうございます。

○横田会長 患者さんの代表として、もうお一方。村林委員、コメントがございますでしょうか。

○村林委員 雑駁な感想で申し訳ないんですが、先ほど脳卒中関係で、それだけ影響されてないということには驚いたんですが、逆に、我々が知っている認識では、かなり他の病気が見過ごされがちだと考えられているんです。

一つは、その中で、今後の課題として、東京都のMC協議会で「救急出動に関する出動トリアージ基準について検討する」となっています。

このトリアージみたいなものが必要になってくるんだろうとは思いますが、これはものすごく難しいだろうなと思っていて、どういうイメージで救急出動に対してトリアージとなっているのかというのを教えていただきたいと思います。

○横田会長 ありがとうございます。

確かに救急隊は検査キットを持っているわけではないので、どのように判断するかというところですね。

このコメントを書いた新井委員が隣におられますので、お願いします。

○新井委員 東京都医師会の新井です。

私がイメージしているのは、感染症が拡大したときに、例えば、波が来たときに、脳卒中の患者さんを、ちょうど今日、木村先生が来られていてよかったと思うんですが、そういうスコア化したところを救急隊員が判断をして、早急に治療しなければいけない患者さ

んを、血管内治療ができる病院に送るとかいった判断をするというようなイメージで書かせていただきました。

○横田会長 ありがとうございます。

先ほど木村先生がお示しになった、コロナを合併した脳卒中の患者さんは、アウトカムが悪かったんですが、これは、コロナ自体がアウトカムを悪くしたのか、あるいは病院選定で非常に時間が要したからアウトカムが悪くなったのか。

後者だとしたら、この協議会や東京都で考えなければいけないところがあると思うんですが、いかがでしょうか。

○木村オブザーバー そのデータは残念ながらないですね。

ただ、運ばれた病院はP S Cの病院で、脳卒中専門にやっている病院のデータです。だから、本当はP S C以外に運ばれた患者さんがどうなっているかというのは分からないです。

○横田会長 データを見ると、CRPが高かったり、肺炎像がということで、脳卒中よりはむしろ合併した肺炎や呼吸器系の疾患によって、アウトカムが悪くなったのかなと見ていたんですが。

○木村オブザーバー そうだと思います。

○横田会長 いかがでしょうか。

まだコメントいただいていない委員の方がたくさんおられるんですが、また指名で恐縮ですが、河原委員、何かコメントはありますか。

○河原委員 河原です。

今、いろいろ事前の意見出しも含めて論点がいろいろ出てきていると思うんですが、私も事前の意見出しで、計画づくりが目的化しているというふうなことを述べさせていただきました。

この循環器に関する計画がそうだという意味じゃないですが、私、いろいろ計画に絡んできましたが、往々にして計画づくりで終わって、そのあと政策体系とか事業計画と連動しないんですね。

だから、今回いろいろ出てきた意見の中で、本当にすばらしい論点もいっぱいあると思うので、これ全てやるのは難しいので、これはもう早急にやらないといけないとか、優先順位をつけて、この委員会で、東京都の領域に入るかも分かりませんが、具体的な施策とか、こういう事業が必要だということまで突っ込まないと、多分絵に描いた餅で終わると思います。

○横田会長 ありがとうございます。

優先順位について、⑨までありますが、少し濃淡をつけてというようなところですね。確かにそのとおりでと思います。

○河原委員 今日も出ましたが、コロナ禍で患者さんが減ったとか、いろいろ受け入れられないとかいうのは、本当にまた新興感染症が起こったら深刻な問題になるわけですから。こういう経験を積んでるわけですから、「次はこうしよう」と。

もちろん、できないかも分かりません。どうしてもマンパワーの面とか予算の面で。それはそれでしょうがないと思います。他の道をまた模索するしかないと思います。

とにかく、この循環器病対策をよくするために、みんな平等でやるのが一番いいと思うんですが、物事に優先順位を決めて、これだけやれば循環器病対策の50%、60%がカバーできるとか、その影響度が大きいところの分野を拾い上げて、もうちょっと具体的に議論したほうがいいと思います。

○横田会長 ありがとうございます。大変重要なご指摘ですね。

それでは、私のほうから、前回に引き続いてデータを皆さんにお示ししたいと思います。

前回、3月27日には、平成2年のデータが直近のデータだったんですが、その後、令和4年の救急救助の現況が公表されたので、両方のグラフを並べて皆さんに見ていただきたいと思います。

最初のこのグラフが、左が令和2年、それから右が令和3年です。これは各都道府県の目撃ありの心原性心停止の生存率です。

東京都は一番下に赤字で書いてありますが、令和2年が生存率10.1%。令和3年が9.4%。これは全国的に見ていただくと、12.2%と11.1%で、恐らく新型コロナウイルス感染拡大の影響で、やはり見ず知らずの人に心肺蘇生をするという機会が減っているという背景が、基本的にはあると思います。

一方で、1位を見てください。令和2年が福岡県で20.8%、同じく令和3年が18.8%で、東京よりは2倍ぐらい高いというふうな状況です。

次、お願いします。最も蘇生が期待される心室細動と無脈性心室頻拍の生存率ですが、東京都は、令和2年が22.7%、令和3年が24.2%です。それぞれ47都道府県中、令和2年が44位、令和3年は少し上がって、47都道府県中39位ということでした。これも新型コロナウイルス感染拡大の影響で全国平均が下がっています。

それから、1位の生存率も57.1%から45.5%に下がってはいますが、東京はまだ全国平均よりもかなり低いという状況です。

これは何が原因なのかというところで、前回一番影響しているのは何かというデータを統計的にお示しましたが、次、お願いします。

これは、各都道府県別の119番要請から医師引継ぎまでの時間、すなわち119番、救急車を呼んで病院まで到着するまでで何分かかかるかというところです。

全国平均の令和2年が40.6分、令和3年が42.8分。東京都は50.9分で令和2年は47都道府県中一番時間がかかる。それから、令和3年も同じように東京都が一番時間がかかっていました。

やはり病院まで到着時間が長いと蘇生率が下がるということは、統計的には有意差があったんですが、実はもっと影響するのは、次のスライドをお願いします。

一番蘇生率に影響することは、統計的にも明らかになっているんですが、目撃をした心原性心停止のうち、心肺蘇生を実施した割合、すなわち、その場に居合わせた人が、心肺蘇生、胸骨圧迫心マッサージをしている割合です。

令和2年の1位の沖縄県では、たまたま居合わせた人が心停止の場合だと、4分の3の県民が心臓マッサージをしている。一方、東京都は半分に満たないので、全国のランキングでは、残念ながら最下位です。

令和3年も同じように東京都は、最下位ではないんですが、ブービー賞というところで47.6%。1位はさっき一番蘇生率がよかった福岡県です。

ですから、川勝委員がおっしゃったように、都民にネガティブな情報ではなくて、都民に普及啓発していく必要があるのかなと思っています。

今回は、令和2年のデータしか出せませんでしたので、令和3年、直近のデータが出たということで、皆さんに共有をしていただきました。

特にこれは、国からのデータを編集して“見える化”したのですが、このような状況でございました。

よろしいでしょうか。

高山委員、お願いします。

○高山委員 このことはもう非常に大事なことで、それこそ東京都のホームページの一番前の方に僕は出すべきだと思います。そうしないと、都民が意識しないですよ。

これによって福岡県の半分しか助けられていないということは、非常に残念なことだと思います。

○横田会長 ありがとうございます。

前回、庄子委員からコメントをいただきましたが、今の直近のデータと、その前のデータと、傾向は変わらなかったんですが、何かお立場としてコメントをいただけますでしょうか。

○庄子委員 今日は情報提供の大切さとか普及啓発のところが出てきましたが、それはすごく大事だと思っています。

私はメディアにいますので、いかに分かりやすく伝えるかというのは、いい情報も結局分かりやすく伝えなければ意味がないので、その辺の情報提供の発信の仕方というのは、私も協力できるところはしたいと思いますし、一生懸命この委員の皆様方と一緒に考えていきたいと思っています。

○横田会長 ありがとうございます。ぜひよろしくお願ひしたいと思っています。

清水先生、お願いします。

○清水委員 日本医科大学の清水です。

今の蘇生の話は非常に重要なことで、前回の協議会で私も聞いて大変ショックを受けて、東京は真ん中より上だと思っていたのが、ほとんど最下位に近い状態で、非常に驚きました。

やはり都民への啓発が大事だということで、日本循環器学会の関東甲信越支部で、今度12月に市民公開講座みたいなところで、このテーマを取り上げて、救急蘇生のことをやることになっています。

横田先生もご登壇いただいてご講演いただいて、あと、東京都と一緒に、今回の剣持さんにご相談して、東京都と共催で、それから日本循環器協会というのがございますので、そちらとも共催としてやらせていただきます。

そういったようなことを、啓発活動の段階としてもやっていくというようなことを、今やっておりますので、追加で報告させていただきました。

○横田会長 ありがとうございます。

いろんな形で東京都も、我々のほうも、医療機関としても、普及啓発に努めていかなくてはいけないと思いました。

少し時間も過ぎているようですが、まだ重要なことがありますので、引き続き続けたいと思います。

次に、脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業について、事務局から報告があります。お願いします。

○剣持課長代理 資料5をご覧くださいませでしょうか。こちらはご報告事項でございます。

厚生労働省が令和4年度から実施している脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業は、総合支援センターのある医療機関が都道府県の中心となりまして、脳卒中・心血管疾患の相談支援とか医療連携を行っていくという事業でございます。

実施を希望する医療機関がある場合は、各都道府県で1医療機関を推薦するものとされておりまして、令和5年度、東京都といたしましては、日本医科大学を推薦しておりました。

ただ、24都道府県から応募がありまして、国のほうで15か所選定いたしまして、東京都は、残念ながら不採択という結果となりました。採択された医療機関については、資料内がございます15府県となっております。

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。

東京都として、残念ながら、この15医療機関の中に入れなかったということで、都民に対しても非常に我々責任を感じなくてはいけないと思っています。

この総合支援センターはさまざまな機能を有していて、先ほどの急性期の治療、それから慢性期、リハビリ、それから情報提供だとか、先ほどのCCUネットワークのような、そういう機能も有しているはずなのです。

厚労省の担当官に伺ったら、まだ決定ではないですが、引き続きこの事業は続くということでしたので、ぜひ次回は都民に対しての責任としても、選に漏れないように、我々としても支援いただきたいと思います。どうかよろしくをお願いします。

よろしいでしょうか。

それでは、続いて、今年度、新規事業の心不全サポート事業の実施医療機関について、事務局から資料の説明をお願いします。

○剣持課長代理 会議の冒頭でご説明させていただきましたとおり、ここからは非公開とさせていただきます。

恐れ入りますが、傍聴の皆様はご退出をお願いいたします。なお、本日の議題はこれが最後となりますが、ご退出いただいた後、本議題の終了まで待機いただき、傍聴を再開することも可能です。傍聴の再開をご希望される方がいらっしゃいましたら、一旦退出後、再度入室の操作をしていただきまして、少しお待ちいただけますようお願いいたします。

(非公開部分)

○横田会長 ありがとうございます。

今回お認めいただいた2医療機関におかれましては、サポート事業のモデルとして、目指すところを具体的に示していただければ、本当にありがたいなと思います。

まだ今日ご意見いただいていない委員の方がおられるんですが、ソーシャルワーカーの立場から池田委員、何かコメントはございますでしょうか。全体を通じて構いません。あるいは今の件でも構いませんが、いかがでしょうか。

○池田委員 東京都医療ソーシャルワーカー協会、池田です。よろしくお願いいたします。

お話を伺っております、私どもの協会としましては、都民の方への啓発・教育というところで、急性期の心不全だけではなくて、慢性期の心不全の患者様に対して、彼ら彼女たちがどのように人生を進んでいくかという、

ACPを活用した啓発活動が、救急時に、救急車を呼ぶかどうかご自身たちの判断の材料の一つにもなると思いました。

認知症などに対しては、既にかなり地域への啓発活動は強いと思いますが、そうではない慢性心不全も、この先どんどん患者さんの数が増えていくと思いますので、進めていただきたいと思いますと考えます。

あと、経済弱者と情報弱者のところに、特に情報を自分たちの力では取りに行けない方がいます。

今のサポート事業でそういったような中心的な病院があるというところに、そもそも到底たどり着けないという方たちがたくさんいて、その大きな2つの病院さんが全ての都民

をカバーできるわけではないといったときに、やはり末端の現場で相談を担う者方たちへの教育を進めていただきたいと思います。

あと、前回の会議でも申し上げましたが、高い薬価の薬を使う心不全の方に関して、連携の中で回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、介護老人保健施設といった包括対象ところに行くにあたり、薬価が大変な支障になってしまっていて、そういうところが利用できずに行き場をなくすという方たちがたくさんいらっしゃいます。

ですので、そういったようなところに対して、東京都独自の、こういったような薬剤は包括対象から除外し算定できるようにするなどといったような、現場レベルに寄り添ったものを最終的に到達できるような計画を立てていただけると幸いです。

○横田会長 ありがとうございます。

今の最後のところは本当に貴重なところで、ぜひまたいろいろ意見を仰っていただければと思います。具体的なところも含めてありがとうございます。ソーシャルワーカーは、まさにこの地域連携の基礎というかキーパーソンになりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

○池田委員 ありがとうございます。

○横田会長 それから、石山先生の立場から、全体を通じて何かコメントはありますでしょうか。退席されてしまったということですね。

それでは、植原委員はいかがでしょう。退席されているということですね。

では、最後に、桃原委員から全体のコメントをぜひちょうだいしたいと思います。いかがでしょうか。退席されているということですね。

座長の不手際で、予定時間が大幅に超過してしましまして、大変申し訳ありません。

今回、冒頭に有賀先生からご指摘いただいた、「具体的にどのようにするか」が、一番重要と思っています。

議論するだけではなくて、先ほど川勝委員からもお話がありましたが、都民にどのようなメッセージを出すかというようなところが、極めて重要だと改めて思いました。

村林委員からも、議論のための議論だというようなことにならないようにというところもありますので、ぜひお願ひしたいと思います。

そういう意味で、CCUネットワークの事務局機能というのが、やはり必要なのかなと思いましたが、その辺も東京都としてもサポートできるような体制というものを、ぜひお願ひしたいと思います。

よろしいでしょうか。

それでは、時間が大幅に超過しましたので、進行を事務局にお譲りしたいと思います。よろしくお願ひします。

○千葉救急災害医療課長 横田先生、どうもありがとうございました。委員の皆様も、長時間にわたりまして、また活発なご議論をいただきまして、まことにありがとうございました。

本日いただきましたご意見は、特に重要なものがたくさんございました。

病院の状況をリアルタイムに共有したり、東京消防庁と連携したりすること、急性期治療後の転院のこと、計画推進のため、事業化に向けての優先順位を付けなくてはいけないということ、横田先生からもありましたが、バイスタンダーの応急措置とか、循環器病の知識等々に関して、都民への普及啓発の重要性、それから冒頭にもいただきましたが、失語症など後遺症に関する支援など、たくさんのご意見をいただきました。

本日いただいたご意見をこれより事務局で取りまとめまして、資料に反映させて、また次回の協議会の前には、皆さんに一度見ていただいて議論を深めていきたいと考えております。

特に有賀先生がおっしゃられました具体的な記載というのを、きちんと念頭に置いて、我々も作業を進めていきたいと思っております。どうもありがとうございました。

それでは、本日、資料3の7ページにも書いてございますとおり、今後、ちょっとタイトなスケジュールではあるんですが、第2回循環器病対策推進協議会、それから、相談支援情報提供検討部会、医療連携推進部会等々の部会での議論を経まして、年末までには計画の素案をつくっていききたいと思います。

会議としては数回ですが、その間には、先生方、委員の皆様とメール等々で意見をやりとりして、よりいいものをつくっていききたいと思っておりますので、大変お手数をおかけして申し訳ございませんが、ご協力をいただければ幸いです。

それでは、本日の協議会はこれにて終了いたします。どうもありがとうございました。

(午後8時40分終了)