

第二期循環器病対策推進基本計画の作成に向けた団体意見

感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

団体名	ページ
・全国心臓病の子どもを守る会	1
・日本医師会	1
・日本栄養士会	1
・日本医療機器産業連合会	2 ~ 4
・日本介護支援専門員協会	5
・日本医療ソーシャルワーカー協会	5
・日本看護協会	6
・日本救急医学会	6
・日本作業療法士協会	6
・日本言語聴覚士協会	7
・日本歯科医師会	7
・日本心臓血管外科学会	7
・日本失語症協議会	8
・日本循環器学会	8
・日本心臓ペースメーカー友の会	9
・日本製薬工業協会 研究開発委員会	9
・日本薬剤師会	9
・日本脳卒中学会	10 ~ 11
・四病院団体協議会	11
・日本脳卒中協会	12
・日本理学療法士協会	13
・日本リハビリテーション医学会	13

③感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

【一般社団法人 全国心臓病の子どもを守る会】

○先天性心疾患患者を診ることができる専門施設と地域の開業医や感染症専門医・施設との連携がとれる体制を作ることが必要である。

○とりわけ、心疾患の主治医がいる病院が他県にある場合には、県境を越えての通院・検査・治療ができなくなった。そのため、日ごろから居住地の開業医と情報を共有し、心疾患の体調が悪くなった時や感染時に対応できるようにする必要がある。

○遠隔地に主治医がいる場合には、体調の変化や感染症への感染時にオンラインによる診療がスムーズに行える体制が必要である。先天性心疾患患者への対応は専門性が高い領域であるため、専門施設と患者との直接対応の他、患者を直接診ることができる居住地の医療施設と専門施設がオンラインによる診療連携がとれるようにすることが重要と考える。（D to P with D 居住地の施設+患者 → 専門施設）

【公益社団法人 日本医師会】

感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備は大変重要であると考えております。

日本医師会では、新型コロナウイルス感染症発生当初から、コロナ医療とそれ以外の通常医療との両立の重要性について、様々な場面で訴えてまいりました。2021年7月には「新型コロナウイルス感染症の爆発的拡大への緊急声明」を4師会ならびに4病院団体、東京都医師会と連名で、コロナにより通常医療が提供できず、平時ならば救えた生命を失うことがあってはならないという思いで会見で公表いたしました。一部では、全身麻酔や心臓・血管カテーテル術等の手術の延期、救急搬送およびその受入困難事例が発生いたしました。

また、全国医学部長病院長会議が2021年4月に公表された「通常医療への影響調査結果」では、大学病院がICU病床をコロナ重症患者用に転用している割合は最大26%余りとなっていること、また、その影響により術後患者の受け入れに支障が生じ、手術件数が前年度に比べ約11万件弱減少したこと、などが指摘されております。

そのような中で、中小病院や中核病院等においても、循環器病の診療体制に逼迫が生じているのも事実です。平時から、循環器病の診療を担っている診療所も含めた医療機関の役割は大変重要です。特に、高齢者の脳卒中や心臓病等に対する診療がおろそかにならないよう、平時、感染拡大時間問わず、循環器病に対して取り組んでいく必要があると考えています。

【公益社団法人 日本栄養士会】

感染拡大時でも、入院から在宅医療まで切れ目のない栄養管理として、摂食嚥下機能に応じた食事提供や、症状の緩和に重点をおいた食事提供が継続されるよう、医療計画等の関係諸計画と連動し、医療機関での外来栄養食事指導や、在宅患者への訪問栄養食事指導の重要性及び、多職種連携による栄養管理の促進について明記していただきたい。さらに、国民にとって身近で気軽に栄養・食生活相談ができる栄養ケア・ステーション（R4.7月現在：447か所）の設置増加と、国民の利活用促進についても明記していただきたい。

③感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

【一般社団法人 日本医療機器産業連合会】

提案①【クラウドによるデータの一元管理化】

自宅で利用可能な計測機器のデータもクラウドに上げることで、予後予測AIの開発を推進し、早期発見/精度の高精度化を実現する。AIによるトリアージ（緊急度のスコアが低い患者を急性期で対応しない等）。

提案②【救急救命士による（医師の指示の下での）triageに寄与する権限拡大】

・目下COVID-19感染症第7波においても、救命救急センターを含む救急外来の capacity 超過による救急搬送困難事例や病院前における救急車の滞留が問題となっており、その滞留中に救急車内で行えることには限りがあり、「ただ並んで待っているだけ」という状態が続くことは、搬送者の outcome にも、救急車・救急救命士の resource としても、決して望ましい状態とは言えない。

そこで、搬送者毎により適切な医療機関の選択を含む triage が可能となるよう、POCUS (Point of Care Ultrasound) 機器の使用を含め、安全を担保した上での画像診断機器の使用など救急救命士の権限を拡大する議論も有用かと考える。

提案③【循環器疾患の診断を可能とする医療機関の強化】

・感染拡大時にも、急性期医療機関への負担を低減するため、下記診断機器を活用し循環器疾患の診断を可能とする医療機関の強化

※補足説明：診断機器観点での実現性：

①低侵襲・簡易X線システムによる肺循環病態の可視化を可能とする。中小病院・クリニックでの導入を可能とする。

②AIによる画像診断による循環器重篤化診断を可能とする

③遠隔モニタリング、遠隔治療アプリによる重症化予防

・循環器疾患の診断を診療所レベルまで診断可能とする医療機器の早期開発と実装の強化

そのために医療イノベーションに対する診療報酬上の適切な評価、及び 早期社会実装のための薬機承認や治験費用等の負担軽減のための支援が必要である。

提案④【病院情報システム内データの利活用を通じた地域における医療連携の促進】

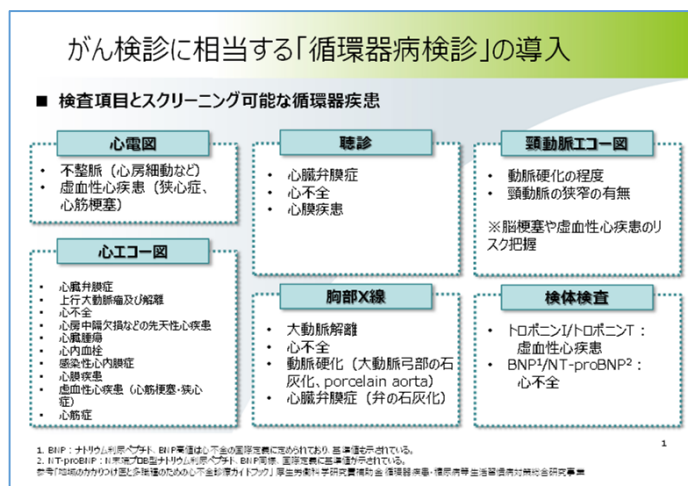
急性期医療の現場における電子カルテ等の各種院内情報システムに紐づくデータをリアルタイムで分析・可視化、複数の医療機関及び地方自治体間で情報連携の促進。これにより、感染拡大時においても地域単位で病床稼働管理、入退院調整等を行うことが可能になり、循環器病患者を迅速に搬送・受け入れ可能な医療提供体制の構築に寄与できる。

③感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

提案⑤ 【がん検診に相当する「循環器病検診」の導入】

平時より循環器病の早期診断・適切な治療計画をもち重症化予防を図ることは、国民の健康寿命の延伸及び有事の医療資源の有効活用に寄与する。

「循環器病検診」の検査項目、スクリーニング（又は疾患リスクの把握）が可能な循環器病の一覧は右図参照のこと。



課題⑥ 【地域における各医療機関の救急対応の availability の real time 共有】

・現状、COVID-19非蔓延時においても、急性大動脈解離や急性冠症候群等、緊急手術・緊急 catheter 検査・治療を含む超緊急対応を要する疾患群について以下の問題がある。

地域の各病院の、

- ①救急外来（bed, ER 医師、ER 看護師、ER 診療放射線技師、等）
- ②手術室（部屋、人工心肺、心臓血管外科医師、麻酔科医師、手術室看護師、臨床工学技士、等）
- ③Catheter 室（部屋、IABP/PCPS, 循環器内科医師、Catheter 室看護師、診療放射線技師、臨床工学技士、等）
- ④ICU, CCU（bed, 集中治療科医師、ICU/CCU 看護師、等）

等の availability をも勘案した受け入れ可能性については real time 共有・可視化されていない地域がほとんどであり、救急からの各病院への電話連絡、更に各病院内での電話連絡等によりやっと確認が取れる、という状況も多い。

・また、直接の救急搬送のみならず、一次～二次救急医療機関からの紹介搬送時にも同様の問題がある。

・これらの確認に要する時間・手間は、それだけでも医療従事者の resource を消費し、何より患者の outcome にも直結する。

・上記のような各項目を含む各医療機関の availability の real time 共有・可視化は、COVID-19の蔓延の有無に関わらず、door-to-surgery / door-to-balloon time の短縮を通じ、患者 outcome の向上に繋がると考える。

・この対応は各院内の医療従事者の resource に関する連絡・確認等に割く割合の低減にも繋がる。

→ これらの問題は医療情報システムの標準化および相互接続において実現が可能となることが考えられ、この対応によりMRI等の施設共同利用などの促進にも有用な状況を構築できると考えられる。

③感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

課題⑦【社会実装上の各種障壁の解消】

・新型コロナウイルス感染拡大を通じて、遠隔医療の必要性が高まったといえる。医療機関および患者の双方にとって効率的かつ確実な医療を提供するために、循環器疾患向け遠隔医療の実現・普及にむけた研究開発への投資、法規制および診療報酬体系の整備に加え、通信インフラや医療情報データベースの整備が必要と考える。

・パンデミックとなった当初、感染者のための病床や医療従事者を確保するため、厚労省から医療機関に対して緊急を要しない手術を延期する要請通知がなされたが、「緊急を要する手術」について医療機関によって解釈が異なり、本件について再通知がなされるなど混乱があったと認識している。感染拡大期でも医療体制を維持するために、循環器分野での具体的な手術内容や症状に応じた優先度の指標などを示すガイドラインの整備が必要ではないかと考える。

・将来の感染症の到来に向けて、医療情報データベースを活用したAI解析により、医療提供体制が破綻しないよう、個々の患者に適した医療提供を可能にするような仕組みの構築も必要と考える。

・平時においては、循環器疾患の予防や疾患の維持管理を可能にする行動変容アプリケーションの開発・普及促進を図ることも必要と考える。

以上の実現にむけて、国として研究開発への投資、法規制等の見直しをはじめとして、社会実装上の各種障壁の解消を求める。

課題⑧【革新的医療機器開発の加速】

・新型コロナウイルス感染症拡大により、循環器病患者においても受診控えによる、再発や重症化に至るケースが報告^{*1}されている。

・循環器病は、特に予後が悪いとされている心不全等においては急性期治療のみならず、回復期や慢性期における再発・増悪の予兆把握が重要とされている。感染症拡大など有事だけでなく、平時から常に患者の状態を遠隔からでもモニタリングすることが可能となれば、患者の不安軽減のみでなく、医療従事者の前向きな介入による二次予防の強化や、それに伴う医療費削減効果も期待できる。

・また医療提供体制の三位一体改革（地域医療構想・働き方改革・医師偏在対策）が進められることにより、将来的には、平時であっても地方での急性期医療維持が困難となることが想定されることから、急性期疾患における遠隔治療にも積極的に取り組むべきと考える。

・そこで、遠隔による診断、治療^{*2}、モニタリングなどデジタル技術を活用した医療機器への重点的な研究開発投資や臨床評価の促進を平時から行うことで有事に備えてはどうか。

・革新的医療機器開発の加速という観点からは、昨今の新しい承認審査制度としてリバランス通知、先駆け審査指定制度、条件付き早期承認制度等の活用が考えられるが、遠隔医療をはじめとするようなデジタル技術に即したものは限らない。これらにおける条件整備や、たとえば遠隔モニタリング加算のような診療報酬によるインセンティブを付加することができれば、社会実装が推進され、医療供給体制の強化にもつながるものと考え

[*1 第7回循環器病対策推進協議会 議事録](#)

^{*2} 例えば、急性冠症候群（ACS）に対して最も効果的な治療法と言われているPrimary PCIを、全国で維持出来る体制構築に向けた遠隔PCI等。

その他①

・医療機器の場合、部品が少量利用で優先度という意味では不利ではあるが、国民への医療提供を継続するためにも医療機器への供給の優先度を緊急時には上げる施策が必要。

・一方で、最先端のパーツは供給できるところが限られているので、そこからの供給が緊急時に絶たれないように外交や通商等でもそれらの供給を確保する動きが必要。

その他②

・パンデミックに端を発した医療機器生産国でのロックダウン、世界的なサプライチェーンの乱れ、原材料・部材の入手難や価格高騰、さらには、輸送コストや人件費の高騰等により、医療機器においても安定供給に支障が出始めている。安定した医療を提供するためには、医療機器の安定供給も不可欠であることから、国として原材料・部材の優先供給、コスト増等への対策を実施していただきたい。

③感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

【一般社団法人 日本介護支援専門員協会】

①新型コロナウイルスの感染拡大により、CCU受け入れ病院の救急患者の応需率の低下や転院先の調整困難など循環器病の診療体制に逼迫が生じた。② 将来の感染症の到来に備え、感染拡大時でも救急患者を受け入れる機能が維持できるよう、各地域における医療体制の整備が必要である。③今後、地域における医療機能の分化・連携に向けた取組を進める上で、平時においても急性期病院のみに患者が集中しないよう、回復期や慢性期の病院との、循環器病の特徴をふまえた効率的な役割分担のあり方等について検討することが重要であると考え。上記の状況をふまえ平時から機能を維持できる医療体制の整備を推進し感染拡大時でも機能を維持できる医療体制を整備することが求められている。また、利用者が地域包括ケアシステムのなかで、在宅生活を継続していくことができるよう循環器病を含む支援体制構築のために必要な取組の整理や検討が必要だと考える。

【公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会】

■重点項目

- ・ 感染症急性期診療終了後の廃用症候群・回復期対象疾患含む受け入れ病床・入所受け入れ老健が分かるような仕組みづくり。
- ・ 感染症を含めた医療機関BCPの知識・理解の普及の為の政策
- ・ 濃厚接触者・陽性者への介護サービス利用の為、介護事業所と医療機関や訪問看護ステーションとの連携体制構築
- ・ 介護保険制度における訪問看護ステーション等医療系サービスを、医療保険で弾力的に運用できる体制づくり
- ・ 移送サービスの充実・移送サービス業者への知識理解の普及啓発（救急医療を守り、医療機関・自宅・介護施設等への移送ができる体制づくり）
- 多くの医療機関で感染症患者が診られるように各医療機関への感染に対する知識の普及（例：H1V患者の療養受け入れ病院が増えてきている）
- ・ 同じ機能の医療機関が近隣にある場合は、感染を見る病院とそれ以外の病院の役割分担を決めておく。
- ・ 近隣に同じ機能の医療機関がない場合は、その病院内での感染者受け入れ病棟を決めておいて、対応する。
- ・ 感染拡大時のDMAT,DPAT,DWATなどの協力体制を二次医療圏ごとにつくる。
- 感染拡大時にベッドのある病院と連携をしながら、訪問診療を受け自宅で療養する選択肢を作る。
- 退院後の14日間の特別訪問看護指示書によって、集中的にリハビリを入れることで、認知症やどうしても自宅にいたいといった強い希望のある方に対して在宅医療や訪問看護を提供する。

③感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

【公益社団法人 日本看護協会】

感染症拡大時にも機能を維持できる体制整備のためには、平時から、地域における医療機関の役割分担を明確にしておくことが必要です。

感染症拡大時における循環器病に係る医療提供体制の確保に関し、救急患者の受け入れ機関や病床確保、手術や外来対応、後方支援や人材の確保など、具体的な方策を盛り込んだ計画を平時から策定しておくことが重要と考えます。

このような計画的な取組みを確実に推進するためにも、都道府県が策定する、第2期循環器病対策推進計画の中に、具体的な記載を求めることを検討いただきたいと思います。

また、計画の実行性を担保する観点から、各医療機関の役割分担が実際に機能するような仕組みを検討することも必要かと考えます。

【一般社団法人 日本救急医学会】

- ・病院間連携と病院間搬送の強化。

- ドクターヘリ、ドクターカーの活用、感染に対応できる専門施設への搬送。

- 安全な患者搬送のトレーニング

- ・感染症患者が可能である根治治療施設（CCU）の整備を進める。

- ・感染拡大時にかかわらず領域診療の継続に困難をきたす状況になった場合、循環器領域として、国単位、地域単位、疾患領域学会として、BCP（事業継続計画）的な実施計画案を策定する

【一般社団法人 日本作業療法士協会】

●リハビリテーションの場合、感染者が生じた際には、病棟を閉鎖して病室での個別対応となります。上記のように潜在療法士の確保やリハビリテーション提供体制の維持のために、感染拡大下での適切なリハビリテーションの実施に関する研修、指導体制の構築も重要であると考えます。

●新型コロナウイルス感染症へのリハビリテーションガイドラインの作成、合併症を有する患者への対応など、現場の指針となる内容を共有できれば、速やかな全国への普及促進も期待できます。

●感染拡大下でのリハビリテーションの実施には防護具等の装着も必要となりますので、診療報酬上に感染症対応加算のようなものが設けられるとよいのではないかと考えます。なお、個人防護具の装着を含めた取り扱い等の研修体制を平時から取り組むことが重要と考えます。

●各病院や施設ごとのBCP(事業継続計画)作成のなかに、特にリハビリテーション専門職種と各職種との連携のあり方についての具体的指針があると有事の際にスムーズな移行が可能と思われれます。

●平時からの取り組みとして、アドバンスケアプランニングによる個人の意思決定に基づいた医療の提供がどの期においてもなされる必要があり、終末期リハビリテーションや緩和ケアの体制整備が必要です。これらの普及充実により、平時だけでなく感染拡大になった場合においても、急性期医療への負担は緩和すると考えられます。

③感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

【一般社団法人 日本言語聴覚士協会】

- ・急性期病院における365日リハビリテーションの実施。
- ・急性期機能を有する病院におけるリハビリテーション専門職の増員と質の担保。
- ・回復期や慢性期の病院でも心筋梗塞や心不全等の心大血管疾患リハビリテーションが実施できるような制度作りと医師、看護師、リハビリテーション専門職への教育の充実。
- ・心不全患者の療養指導に従事する専門職やリハビリテーションに従事する専門職の資質向上を目的に心不全療養指導士（日本循環器学会）の資格取得の促進。

【公益社団法人 日本歯科医師会】

有事に向けては、平時からの取組が重要でありますことは論を待ちません。脳卒中患者の摂食嚥下障害や誤嚥性肺炎等への対応として、急性期、回復期、在宅等で、口腔衛生状態や口腔機能の改善等が円滑になされる体制が必要です。一方、歯科を標榜する病院は病院全体の2割程度と少なく、必要な地域の歯科診療所と病院の医科歯科連携も十分ではない地域も多いのが実情です。また、摂食嚥下チームへの歯科医師の参加がない場合も少なくありません。循環器病対策推進基本計画の「社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援」には「かかりつけ歯科医等による医科歯科連携や歯科口腔保健の充実」が掲げられている一方、「循環器病の研究推進」に「歯科疾患等の循環器病以外の疾患が循環器病の発症や進行に影響を与えうることや、循環器病の中には下肢抹消動脈疾患や肺血栓塞栓症といった多様な病態が含まれることを踏まえ、幅広く循環器病の対策を進めるための研究を推進する」とあるにもかかわらず、未だ研究が進められていない状況にあります。有事での医療体制の整備に向けては、平時からの連携等に加え、「循環器病対策推進基本計画」を踏まえた、口腔疾患と循環器病等との関係に係る調査研究の推進と、国民への普及・啓発に向けた十分な財政的措置と研究体制の構築及び実施が望まれます。

【特定非営利活動法人 日本心臓血管外科学会】

①第8次医療計画の医療機能の分化・連携の重要性、地域医療全体を視野に入れた役割分担にも関連する事項として、**地域循環器救急協議会を設置**し、平時から循環器救急患者の受け入れや治療実態を地域全体で把握するとともに、感染爆発時や災害時に、感染や災害のレベルに応じた高次機能病院間の役割分担や**患者トリアージ機能**を平時から決めておく仕組みを設置する（切迫時には施設間の人員融通を可能とするような施設間の取り決めも含める）。それにより、感染や災害が拡大しても、一般診療特に緊急性の高い循環器疾患治療機能を維持する。

②平時より、**地域急性期病院間での循環器救急患者画像を含む医療情報連携システム**を活用し、感染拡大時や災害時においても限られた医療資源を有効活用し、スムーズな患者受け入れを可能とする。

③感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

【特定非営利活動法人 日本失語症協議会】

様々な感染の拡大時だけでなく、日常生活でも、非常事態でも、失語症者には、意思疎通の通訳者不在による、命の存続の不利益があります。言葉が通じなかったり、その場に適した言葉で話せなかったりして、自身の症状を正しく医師等に伝えることができず、診察を拒否されたり、検査を拒否された事例があります。その結果、失わなくてもよい命を失った失語症患者も事実として存在します。医療関係者各位に、失語症の症状への理解を深めていただくことが大切です。さらに、自分の意志を確実に伝えるだけのコミュニケーション力回復のための機能訓練に支援がありません。回復期病院でのリハビリは日常生活にはほとんど有効ではありません。退院後の社会生活を送りながら地元で生活し、言葉による意思疎通の力、コミュニケーション力を培う機関もなく・期間も短いです。第3者の支援がない時でも、社会生活を送る、多様なコミュニケーション手段を身につける術を養う機会がありません。回復に少なくとも3年余のリハビリテーションが必要とのエビデンスもある失語症患者の為に、地域でのリハビリテーション施設の事業支援が必要です。失語症者が日常生活を当たり前に過ごすことができるように、機能訓練・自立訓練は有用で必要不可欠なサービスです。機能訓練を受ける目線としては、管理する側の目線ではなく、当事者の目線に立った考え方が必要であり、障害に適した効果的な期間設定をしていただきたいと思います。

【一般社団法人 日本循環器学会】

東京都CCUネットワークに2020年登録された急性心不全4,499例のうち、入院中死亡を除き退院先が明らかでない3,971例の転帰と入院期間に関して分析した。2020年CCUに入院した症例（下記）の転院例は全体の約2割弱であり、その1/4は38日以上入院（軽快患者の転院調整が困難）を要していた。2020年5月（第一波）CCUネットワーク73病院中17病院では心臓救急疾患の受け入れ停止の状況となり、11月以降の第3波においては応需率が46%（2021年1月）にまで低下した。

自宅退院（3,051例、70.6%）	入院日数平均20±17日、中央値16日（IQR 11-23）
転院（720例、16.7%）	入院日数平均29±27日、中央値22日（IQR 9-38）
療養・施設（200例、4.6%）	入院日数平均28±27日、中央値21日（IQR 13-33）

宮城心筋梗塞対策協議会（県下循環器診療を行う全45施設が参加）に2019年：1,265例、2020年：1,234例の急性心筋梗塞症患者が入院、20日以内の入院症例は2019年：77.4%に対し2020年：77.1%と同等であったのに対し、30日を超えた症例は2019年：11.1%、2020年：13.3%と長期入院の増加が認められた。

コロナ禍(2020年)におけるこれらのデータから、循環器病の特徴をふまえた効率的な役割分担のあり方等について、手術やカテーテル治療を継続的に実施するための医療環境の整備に加え、**医療機能の分化・連携**（回復期や慢性期施設）に向けた取組を、**地域の実情に応じて**検討していくことが重要である。

③感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

【日本心臓ペースメーカー友の会】

・新型コロナウイルス感染症が報じられるや、本会本部、支部事務局に問合せが殺到。殆どが「診察や検査予約を入れているが病院へ行って大丈夫か？」というものだが、自ら「診察予約キャンセル」「検査予約を延期」したとの報告も予想以上に多かった。

・通院の判断は患者側に任せられ、殆どは医療機関が設定した（検温、手指消毒、マスク着用等々）条件を満たせば受診は可能なのだが、通院に限らず「外出できない」状況に陥る実態も浮かび上がる。定期検診のみならず、予約済みの電池交換手術の延期を医療機関から通告される例も散見し、病院との関わりに患者の不安は消えない。

・感染拡大時でも機能を維持できる医療体制とは、新規感染者と同時に、現患者対応にこそ丁寧な対策が求められる。**患者判断による「受診控え」の実態と影響を把握し、今後の体制整備に活かされたい。**

【日本製薬工業協会 研究開発委員会】

・研究開発の観点からは、ワクチン開発のための世界トップレベル研究開発拠点形成事業（SCARDA）が展開され、平時から同研究拠点を中心として出口を見据えた関連研究の強化並びに推進体制が始まったところと理解しています。医療体制自体もSCARDAと連携し臨床試験等も効率よく実施できる体制となることを期待いたします。

・②でも触れましたが、電子カルテデータの標準化や医療機関間のデータ連携等の医療DXの推進は、感染拡大下での循環器領域の診療（救急医療含む）に資するものであり、それらとの連携を推進すべきと考えます。

【公益社団法人 日本薬剤師会】

感染拡大時においても必要な医療が継続できる体制が必要であり、平時からの取組が重要。医療の提供には医薬品を伴うものが多いため、地域の薬局・薬剤師の役割が重要。感染拡大時には医療機関への受診を控えることも考えられるため、在宅医療への対応（在宅患者訪問薬剤管理指導等）や、医薬品使用期間中（調剤と次回調剤の間の期間）における、薬剤師による継続した使用状況等の確認とそれに基づく薬学的管理、処方医や関係職種との連携（医薬品使用期間中のフォローアップ）をより一層推進すること等により、感染拡大時にもきめ細やかな医療の提供が可能となる。また平時からこれらの対応が行えるよう、薬局を含めた地域の関係者・関係機関の連携体制を整備しておくことが重要と考える。

③感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

【一般社団法人 日本脳卒中学会】

前提

- ・ 地域における感染症受け入れ医療機関、脳卒中受け入れ医療機関は重なっていることが判っている。
- ・ 救急医療には、脳卒中・循環器病だけではなく、周産期・小児救急、災害（外傷）救急、他疾患などが含まれ、感染症拡大期には医療資源を有効に活用することが求められる。
- ・ 医療資源は有限であり、地域単位で共有し、有効に活用することが求められる。

提案

(1) 地域の急性期医療資源を一元的に共有するシステムを平時から整備する

対象

- ・ 急性期脳卒中受け入れ医療機関（例：日本脳卒中学会1次脳卒中センター等）
- ・ 感染症指定医療機関を中心とする感染症受け入れ医療機関
- ・ その他の領域の救急受け入れ医療機関

内容

- ・ 空床状況と医療レベルごとの収容能力の情報共有
- ・ 専門人材など重症患者に対応可能な人的情報の共有
- ・ デジタル活用による省力化とリアルタイムに更新するシステムの構築
- ・ 平時からの感染対応設備の整備・拡充と実践
- ・ 平時からの人材教育と育成

管理

- ・ 多領域の専門家が情報を共有し、協議する運用システムを構築する

(2) 感染拡大時（パンデミック）の救急医療

- ・ 地域の救急医療管理システムを活用し、地域の医療資源を最大に活用し、感染症と脳卒中をはじめとする各種疾患の救急医療の両立を図る
- ・ 患者受け入れ、人材の有効配置に関して、一定の権限を付与する（医療機関の役割分担、人材共有を地域単位で協議しておくことを義務づけ）
- ・ 退院/転院サポートサービス加算（仮称）による患者一人当たりの救急ベッド占有期間の短縮

③感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

(3) 軽症者受け入れ体制、回復期、維持期（生活期）との連携の整備

- ・ 高度医療提供機関における医療資源を確保するため、軽症者受け入れ医療機関との連携を強化
- ・ 感染拡大時に、医療需要のある患者の受け入れを促進する体制を整備し、高度医療提供機関の機能を補完する
- ・ ある程度の重症であっても回復期病院というステップを経ることができるシステムを加算などで支援する。（例：回復期病院や後方病院の機能を強化をすることによって、急性期病院と、その後の亜急性期～回復期病院との機能分化をはっきりさせ、ある程度の重症者も後方病院で問題なくみれる体制作りを行う。このために、回復期病院に重症者の受け入れに加算をつける・重症者受け入れが可能となる新たな看護配置基準を策定する・急性期以降の重症脳卒中をみれる医師を回復期病院にも配置するシステム作り・全身管理のできる医師を配置した場合に加算が付くというような施策を行う）
- ・ 回復期・維持期（生活期）対応機関の空床情報・患者収容能力を急性期医療機関と共有
- ・ 地域医療構想の中に、「感染症医療と救急医療の維持」の視点を盛り込む

【四病院団体協議会】

【一般社団法人 日本病院会】

- ・ 平時から各病院が感染拡大時のBCPを作成しておくことが重要である。
- ・ クラスタ発生時、圏域内で診療機能を補完できる体制を作っておくことが重要である。
- ・ 感染症拡大時においても、循環器病の重症患者診療に支障が出ないような医療提供体制の整備、病院間の役割分担と連携が重要である。
- ・ 病院ごとに得意とする専門分野が異なるため、脳卒中と心臓大血管は明確に分けて計画を作成することが重要である。
- ・ 感染拡大時では、病床の確保および病院の負担を軽減するために、ホテル等を宿泊療養施設として転用できるよう考慮すべきである。

【公益社団法人 全日本病院協会】

全ての病院がコロナ患者を受け入れることを求めるのではなく、それぞれの病院が果たすべき機能を継続することを考慮すべきである。

例えば、常に循環器疾患専門病院、脳血管疾患専門病院としての機能を果たすことが地域に求められており、その機能を捨ててコロナ患者を受け入れなくてはならないような事態は避けるべきである。すなわち、地域の中での機能分化は、急性期、回復期、慢性期だけではなくて、疾患ごとに機能分化することも検討されるべきである。

③感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

【公益社団法人 日本脳卒中協会】

- ・急性期や回復期はもちろん、生活期についても、院内や施設（デイサービス、デイケア）での感染症発生のために患者受け入れ、サービス提供ができなくなった場合に、地域全体でバックアップする方法を検討すべきです。
- ・特に、重度肢体不自由、失語症、高次脳機能障害合併例などには格別の補助、配慮が必要です。
- ・一次脳卒中センター（PSC）コア施設の機能障害を実感しています。回復期病院への転院が速やかに行なえず、在院日数が延長している。引き受けなければいけない発熱を伴った血栓回収適応症例、rt-PA適応症例を断らざるえないケースもあります。これらの事態から、「軽症例での回復期を介さない早期退院の理解や外来リハビリの励行を促す啓発」があっても良いと思います。患者・家族、社会の理解、協力を求める啓発が必要です。
- ・急性期医療機関間での定期的な会議・意見交換の場が必要です。急性期医療機関での限定した医療情報（カルテ、画像情報）のネット上共有も推進すべきでしょう。
- ・コロナ陽性および疑いの脳卒中患者を受け入れる病院の選定をしてほしい。
- ・コロナ陽性および疑いの脳卒中患者を受け入れた場合、転送可能な病院の選定をしてほしい。
- ・北海道支部からの要望：地政学的特徴も鑑み、**ICT/遠隔医療を活用した医療体制の整備、充実**が必要です。
- ・主要な急性期医療機関における急性期脳卒中・急性冠症候群・重症心不全・大動脈緊急症に対する専門医療病床の空床状況と医療応需体制の管理情報の見える化、これらの情報が病院長・救急部長・循環器・脳血管担当者の情報共有を連日更新できるシステムを全国共通基盤として整備する必要があります。また、患者の立場から、どの医療機関であっても当該患者の病歴・当薬歴などが容易に把握できれば、安心・安全です。基本的診療情報の共有は、急ぎ確立すべき課題です。
- ・24時間365日の急性期対応には施設の集約化しかありません。現在の一次脳卒中センターも小規模施設では時間外や休日の対応は困難です。
- ・病棟の密閉性が問題とされます。新築病院の換気等を考慮した設計の推奨と導線の確保のための公費負担の検討が喫緊の課題ではないでしょうか。
- ・PSCで受け入れたが、発症からの日数や元々のADLなどの観点から、あるいはstroke mimicsで、PSCでなくとも治療可能な患者については、PSC以外の医療機関へ下り搬送し、平時からPSCへの負荷を軽減し、感染拡大時にも持続可能な脳卒中診療体制が必要です。下り搬送促進のために、受け手側医療機関へのインセンティブを設けることを検討して欲しい。
- ・感染のまん延状況で、加算点数を加えることでPSCで症例を積極的に扱ってもらう。
- ・厚労省からのメールでは「平時においても急性期病院のみに患者が集中しないよう、、、」とあったが、脳卒中診療では役割分担は避けられません。むしろ感染拡大時に、患者さんの「流れ」が妨げられないことが重要です。
- ・「脳卒中相談窓口」の構築に当たって、「感染拡大時の相談支援」を盛り込んでいただく。WEBの時代ですので、遠隔での脳卒中サロンも開催できるようなシステムが必要です。

③感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について

【公益社団法人 日本理学療法士協会】

○平常時・有事ともに対応できるハード、ソフト両面の急性期医療提供体制の強化が重要であり、例えばリハビリテーション提供体制においては、基準看護のような最低限の理学療法士等の配置基準を整備することが重要である。平時からの急性期リハビリテーション提供体制が充実することで、医師・看護師の負担軽減につながるタスクシフトが推進されるとともに、在宅へのアウトリーチ、有事の際の看護師等の業務支援、宿泊療養施設へのアウトリーチ支援等が可能になる。

○感染拡大時でも運動機能や認知機能を維持する診療体制を維持するためには、遠隔リハビリテーションの提供体制の整備が重要である。外来リハビリテーションが停止したり、地域の健康教室が機能しなくなり、運動機能や認知機能が低下したという報告は少なくない。社会とのつながりを失った（つながりが少なくなった）患者は障害を抱えながら積極的に運動療法を行って機能を維持することは難しい。感染拡大時だからこそ、健康寿命に直結する運動機能や認知機能の低下を予防する遠隔リハビリテーションを推進するべきであり、遠隔リハビリテーションの確立が必要である。なお症例は少ないが、厚労科研で遠隔心臓リハビリテーションの効果を検証したRCTの報告がある。非劣性ではあるが、遠隔心臓リハビリテーションは外来心臓リハビリテーションと同様の効果を示している。

Saitoh M, Takahashi T, Morisawa T, Honzawa A, Yokoyama M, Abulimiti A, Kagiya N, Kasai T, Minamino T, Asai T, Fujiwara T, Daida H. Remote Cardiac Rehabilitation in Older Cardiac Disease: A Randomized Case Series Feasibility Study. *Cardiol Res.* 2022 Feb;13(1):57-64.

○遠隔リハビリテーションをはじめ、ICTを活用したモニタリング下での在宅運動療法の推進が重要であり、ウェアラブルデバイスの医療目的での利用促進や活動増進のためのマッチングアプリなど、新規アプリケーションプログラムの開発と普及も重要と考える。ICTデバイス等と理学療法士の訪問との組み合わせにより再発防止の取組強化も必要と考える。

○また、平時からの各医療専門職に対する感染症対策の教育強化も重要と考える。

【公益社団法人 日本リハビリテーション医学会】

リハビリテーション医療・医学の教育を更に推進していくべき。地域のリハビリテーション医学講座等が主体となり、医師及びリハビリテーション専門職へのリハビリテーション実施時の感染対策の研修を医療機関単位のみならず地域全体で実施することを都道府県等に求めてはどうか。

このような研修の実施者として想定されるリハビリテーション科専門医の育成のため、①全国医学部へのリハビリテーション医学講座の設置、②リハビリテーション科専攻医に対するシーリングの廃止を実施すべき。

地域医療の中核となる特定機能病院についてリハビリテーション科の標榜を要件として追加するとともに、リハビリテーション専門職を人員配置に追加すべき。

日頃からの転院調整のための連携体制の構築を更に充実させるべきであり、二次医療圏単位での定期的な循環器病に係る医療機関等のカンファレンスを開催すべき。

リハビリテーション医療の提供体制を確保するため、特に急性期病院におけるリハビリテーション専門職の配置を充実させるべき。