

第 1 回

東京都脳卒中医療連携協議会

会 議 録

令和 3 年 3 月 2 2 日

東京都福祉保健局

(午後 6時30分 開会)

○中新井田課長代理 それでは、定刻となりましたので、ただいまより令和2年度第1回東京都脳卒中医療連携協議会を開会させていただきます。

皆様には、御多忙中のところ、御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課長代理の中新井田と申します。

救急災害医療課長の久村が遅れておりますので、議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

なお、こちらの協議会ですけれども、昨年度までは医療政策課のほうで本協議会を担当しておりましたが、今年度から救急災害医療課が担当となりましたので、改めて御報告をさせていただきます。

それでは、開会に当たりまして、鈴木医療政策担当部長より御挨拶を申し上げます。

○鈴木部長 福祉保健局医療政策担当部長、鈴木でございます。

本日はお忙しい中、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

また、新型コロナウイルス感染症に対しまして、最前線に立つ皆様の御尽力の下、東京都の医療体制が確保されることに対しまして、この場をお借りして深く御礼申し上げます。

脳卒中医療連携の取組は、委員の皆様をはじめとする、多くの関係者の皆様の御努力と御協力により、着実に進んできており、昨年度の本協議会におきまして、円滑な脳血管内治療の実施に向け、御議論いただいた結果、東京消防庁の病院端末に、脳血管内治療の項目を新設し、令和2年4月から運用を開始いたしまして、転院搬送の効率化を図っているところでございます。

また、国は令和元年12月に、いわゆる循環器病対策基本法を施行し、昨年10月には循環器病対策推進基本計画を作成したところでございます。

これを受けまして東京都におきましても、脳卒中をはじめとする循環器病対策を総合的、計画的に推進するため、循環器病対策推進計画の策定に向けまして、検討を始めることといたしました。

委員の皆様にも御協力いただきたいと思いますと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

本日は、東京都の脳卒中医療体制のより一層の充実に向け、活発な御議論をしていただきますようお願い申し上げます。

よろしくお願いいたします。

○中新井田課長代理 本日の会議は、Web会議形式での開催となります。

御発言の際には、御所属とお名前をおっしゃってから御発言いただきますようお願いいたします。

まず、会議資料でございますが、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、その都度お知らせいただきますようお願いいたします。

続きまして、委員の紹介です。

委員の紹介につきましては、資料1の委員名簿の配布に代えさせていただきます。

なお、松本委員、早川委員、岡本委員、辻委員からは御欠席の連絡をいただいております。野川委員につきましては、代理で東海大学医学部附属八王子病院神経内科講師の徳岡様に御出席いただいております。田中委員につきましては、代理で稲城消防署所長須藤様に御出席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、資料2-2、東京都脳卒中医療連携協議会の運営に係る細目、第7、会議の公開等により、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、基本的には公開ということでございますが、参考資料3-1、3-2につきましては、公開を前提せずに調査しておりますので、非公開の取扱いとさせていただきます。

それでは、以後の進行につきましては有賀座長をお願いいたします。

よろしくをお願いいたします。

○有賀座長 座長を仰せつかっております有賀です。

では、次第に沿って、本日の議事を進めていきたいと思っております。

よろしくをお願いいたします。

1つ目が、円滑な脳血管内治療に向けた転院搬送体制についてということで、今し方、鈴木部長も言及されたところではありますけれど、本件について、まずは事務局から説明をお願いしたいと思います。

事務局、お願い申し上げます。

○事務局（剣持） それでは、事務局の救急災害医療課の剣持でございます。

資料3-1から3-3まで御説明いたします。

脳血管内治療を円滑に行うための搬送体制について、平成27年度からワーキンググループを設置し検討いたしまして、その議論を踏まえて、昨年度の本協議会で、まずは脳血管内治療を円滑に行うための転院搬送の充実に向けた取組を実施していくという方向性について、御承認いただいたところです。

まず、資料3-1を御覧ください。

状況として、脳血管内治療については、実施可能な病院が限られている、また、治療が可能な病院であっても、満床や専門医の不在、血管撮影装置が使用できないなどの状況により、治療が実施できないということがありますので、脳血管内治療が実施できない病院から実施可能な病院へ、円滑に転院搬送を行うことが必要ということで、少しでも転院搬送を円滑に、時間を短縮して行えるよう、情報共有の充実を図る取組を行うことといたしました。

具体的には、2つの取組がございます。

1つ目の取組といたしましては、東京消防庁の病院端末装置を活用した取組でございます。資料をおめくりいただきまして、脳血管内治療実施のための搬送フロー図を御覧

ください。

脳卒中急性期医療機関Aに搬送された後、「脳血管内治療適応あり」となり、自施設において脳血管内治療が対応できない場合、転院搬送先を選定いただく際に、既存のネットワークがある場合はそれを活用いただきますが、ネットワークがない場合、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新設いたしましたので、リアルタイムで脳血管内治療が必要な患者の受入れが可能な医療機関を確認し、転院搬送先を選定していただくことが可能となりました。

先ほども申し上げましたが、この病院端末の脳血管内治療の項目につきましては、令和2年4月から運用を開始しております。

また、2つ目の取組といたしましては、転院搬送の際のデジタル技術、ICTを活用した情報共有ツールの活用促進でございます。

情報共有ツールを用いて、画像等の患者情報を共有することにより、患者さんが転院搬送先に到着する前に治療の適用判断や治療実施の準備などを行い、より円滑、迅速な転院搬送が可能となりますので、こういった情報共有ツールの導入に係る費用の補助を東京都で実施しております。

続きまして、資料3-2を御覧ください。

令和3年2月15日から3月16日までの平日午前9時半時点の病院端末「脳血管内治療」の診療の項目が○かどうかを確認し、○の場合を診療可能とした診療可能率を医療圏ごとに算出したものでございます。

現在、脳血管内治療が可能な医療機関として、本項目に御登録いただいている施設が、全体で74施設となっております。

病院端末の脳血管内治療の診療可能率については、全体が64.0%、医療圏ごとに見ていただきますと、診療可能率90.5%の医療圏から42.9%の医療圏までばらつきがございます。

次に、資料3-3を御覧ください。

先ほど申し上げましたとおり、病院端末の脳血管内治療の項目について、令和2年4月から運用を開始したところですので、今後の体制について検討を進めるためにも、改めて現状を把握することが必要と考えております。つきましては、急性期脳梗塞に対する血栓回収療法に関する調査を、脳卒中急性期医療機関を対象に実施したいと考えており、調査票のたたき台を事務局で作成いたしました。この調査目的としては、t-PA治療や脳血管内治療に関する医療機関の状況、急性期脳梗塞患者の転院搬送の状況、病院端末などの利用状況などを確認することでございます。

調査項目は、基本的には参考資料の3-1、3-2の平成27年と29年に実施した調査をベースとしており、追加で転院搬送の状況や病院端末の活用状況に関する項目を盛り込んでおります。

具体的な調査項目については、資料3-3、1枚目の右側を御覧いただきたいのです

が、まず項目1で、体制について、急性期脳卒中診療に従事する医師数や脳血管内治療の専門医の数などをお伺いします。

項目2では、t-P A治療の実施可能な時間帯、令和3年1年間の治療実績をお伺いします。

項目3では、血栓回収療法の実施可能な時間帯と令和3年1年間の治療実績をお伺いします。

項目4では、転院搬送の状況をお伺いします。

こちらは、項目の性質上、過去の実績では集計が難しく、令和3年7月から12月までの前向き調査が必要ではないかと考えております。この項目では、主に転院搬送が円滑に実施されているかを確認したいと考えておまして、具体的な項目といたしましては、転院搬送に要した時間や他院への転院がかなわなかった場合の事案数、転院搬送における応需率などを確認したいと考えております。

項目の5番では、病院端末装置や画像情報などの患者情報の情報投入ツールについて、認知度や活用状況を確認したいと考えております。

なお、資料3-3の2枚目、3枚は実際の説明の内容を記載しております。

本調査のスケジュールといたしましては、皆様からいただいた御意見を踏まえ、項目を修正し、令和3年6月に実施することを考えております。また、調査の御回答者は前回の調査同様、原則脳卒中診療に関わる医師とすることを予定しております。

新型コロナウイルス感染症対応のある中、各医療機関には御負担をおかけすることとなると思います。また、コロナ禍における調査ですので、治療の実績や体制などについて、前回の調査と単純に比較できないことも考えられますが、今後の体制について引き続き検討するためにも、このような調査を実施することが必要と考えております。

事務局からの説明は以上となります。

○有賀座長 ありがとうございます。

資料の御説明を、今事務局から賜ったところですが、資料について、まずは確認したいことがおありではないかなと思いますので、そのようなことについて御発言なさりたい方は、どうぞお名前と御所属を言って発言くださいますよう。

では、まず皮切りに有賀が事務局に質問してよろしゅうございますか。

資料の3-2がありますよね、病院端末「脳血管内治療」、○か×かの状況についてという、これは東京消防庁からのデータなので、場合によっては先ほど瀧澤さんがおられたので、瀧澤さんからお答えいただいたほうがいいかもしれませんが、これはそれぞれ何%、何%とあります。例えば全体として64.0%というのは、どういう場合が100%になるんですか。四六時中ずっと○がついているとそれが100で、ある一定期間のうちの6割ちょっとしか○がなかった、つまり具体的にはどういうふうなデータの取り方なのか教えていただけますでしょうか。

○中新井田課長代理 有賀先生、すみません。こちらは、東京消防庁の端末の情報は、我々

福祉保健局でも見る事ができまして、こちらで作った資料でございますので、お話しさせていただきますが、平日の午前9時半のときに診療のところが〇になっている率を出したものです。

ですので、例えば午後とか夜がどうなっているかというのは勘案しないで、毎日平日午前9時半の時点で判定したものでございます。

○有賀座長 そういう取り方なんですね。これ、東京消防庁の瀧澤さんいますか。さっきちょっと映った。

○瀧澤委員 はい。

○有賀座長 朝の9時半に〇か×かで、区中央部は10施設のうち8割、区南部は8施設のうち5割5分とかいう形が出るんですけど、これはある時間を設定するとすると、脳出血は大体いつ頃とか、脳梗塞は大体満遍なくとか、いろいろあるとは思いますが、朝の9時半を提案したのは瀧澤さんですか。

○瀧澤委員 いや、違いますね。我々ではないです。

○中新井田課長代理 違います、私たちが毎朝取るタイミングが、たまたま9時半だということ、特に医学的な理由で時間を決めたわけではございませんでした。

○有賀座長 分かりました。じゃあ、例えば仕事が終わる4時半とか5時半とかに、もう1回取るとかという、そういうのはしなかったんだ。

○中新井田課長代理 そうですね、それはしておりませんでした。

○有賀座長 どうせデータを取るなら、ちょっと誰かと相談したほうがよかったんじゃないでしょうか。

○中新井田課長代理 はい。

○有賀座長 そういうふうなことでデータを取ったというのは分かりました。

どなたか、生活の実感とどのぐらい合うか合わないか、現場におられる先生方で、こういうデータをどんなふうを感じるか、ちょっと教えていただけますか。

○村尾委員 墨東病院の脳外科の村尾です。

○有賀座長 お願いします。

○村尾委員 このデータですけど、朝の9時半ということなんですけれども、実際この転送とかそういうのに困るのは、やっぱり夜間だと思うんですね。昼間は医者もたくさんいるし、対応できる体制はどこの病院も充実しているんですけど、夜間にここもそうですけど、救急をずっとやっているんですけど、救急の手術が入ったりしたときに当局医は1名しかいませんからバックを呼んでやるんですけども、そういうときに血管内治療はやっぱり手薄になるので、そういうところのデータが必要だと思います。

○有賀座長 だから、夜中に都庁で働いておられるという話は多分ないと思いますので、朝の9時半にということだと思います。東京消防庁から見ると、やはりしんどいのは、夜なのだと思います。東京消防庁として、これを見ながら御意見はございますか。

○瀧澤委員 ありがとうございます。

東京消防庁救急部医務課長でございますが、これは脳血管治療のためになりますので、救急隊はこのデータを参考に病院選定はしないわけですよ。ですので、我々としてはこれをどう評価するかというのは、ちょっと難しいところがあるなというのがコメントでございます。

○有賀座長 でも、現場の救急隊から見れば、昼間に困るより夜に困っているんでしょうね、きっとね。

○瀧澤委員 もちろん、そのとおりです。

○有賀座長 だから、そういう意味では朝の9時半というのは、ある意味優等生だよ。

○瀧澤委員 一番いいタイミングというか、一番力があるときの時間帯というふうには思えますね。

○有賀座長 だから、そういう意味ではよくても全体から見れば6割4分だと、だから夜は話半分でその半分みたいな感じになるんですかね。

○瀧澤委員 か、もうちょっと落ちるかなという感じです。

○有賀座長 じゃあ、半分の半分という感じですね。はい、分かりました。

というのが、この資料3-2でございます。そのようなことがあるので、恐らくさっきの御説明にあった資料3-3にあった本当の実態をこれから調べましょう、こういう話なんじゃないかなと思います。

これ、Webの会議なんで、目が合わないんですけど、杏林大学の塩川先生おられますか。

○塩川委員 塩川です。少し、冒頭遅れましたので、今話にキャッチアップしているところですよ。

○有賀座長 今、話が始まったばかりですが、議題の1の円滑な脳血管内治療の転院搬送体制についてということです。どうやってデータを取ったんだろうと思ったのは、資料の3-2に診療可能率何%とあったので、これはどうやって見たんですかって尋ねたら、各医療圏において、朝の9時半に○がついている病院が全体の何%かと見たと。なので朝の9時半はそういう意味では比較的、人的、物的な体制が整っているらしいので、むしろ夜中のデータが知りたいねと。

今、東京消防庁の瀧澤さんと僕が話したのは、夜は話半分かねと言ったら、そのまた半分ぐらいだと言うんで、話半分で3割、そのまた半分で2割弱と、こんなような話になるのかなという。ですから夜中の転院搬送については5つの病院に当たって1個ぐらいしか、いいあんばいじゃないというふうなことなのかもしれないというところまで話がいったところでございます。

○塩川委員 ありがとうございます。

○有賀座長 先生は、ワーキンググループにも入っておられます。そこで、資料3-3で脳血管内治療に関する具体的な調査をこれからしたいという話になっているので、それに関して、つまりその資料3-3の右側に調査項目があって、1番は資源の話、2番は

t-P Aの話、3番が今、くだんの血管内治療の話と。で、4番が転院搬送をルールとして決めたんで、それがどれぐらいうまくいっているか、今のパーセンテージに関係するようなお話と、こういうふうに話が全体的に並んでいます。アンケートを採るといようなことに関して、何か先生からの御意見があるんじゃないかなと思って、塩川先生いますかって発言したんでございます。

○塩川委員 誠にありがとうございます。

二、三分で意見を言ってよろしいでしょうか。

○有賀座長 どうぞ。

○塩川先生 これ、まず平成27年とか、29年とか、こういう治療を前提とした調査をやっていただきました、その後も状況の変化というのがありまして、大きく言えば2つですけれども、血管内治療の必要に駆られ、さらに進歩したというのが1つと、それから脳卒中学会側が組織化をして、一次脳卒中センターという全国で970ぐらいあるんですけど、東京で80ぐらいありますが、病院のほうも組織化しました。

それが、まずは背景の進歩でありますので、今回新たに資料3-3にあるような、まずは1番の医療機関の調査をしていただくのが、既に脳血管内治療学会が中心でやっているんですけども、東京都の状況を見るのに僕は大変一番の医療機関の調査は大変、今現状把握に必要なだと思います。

というのが1つで、2番のt-P Aの治療、それから3番の血栓回収については、これはかなり今度は血管内じゃない、脳卒中学会が悉皆性ですね。あまねく調べて、どれぐらいされているかというのを調べようというようなことをやっております、日本は診療行為の統計から漏れのない全数調査というのが、まだまだ難しいんですけども、ヨーロッパやアメリカなどの国と比較して、t-P Aなどは人口当たり1割以上が可能である、血栓回収もその半分弱ぐらいができるという水準に、まだ日本は届いておりませんが、脳卒中学会がそういう組織化して、結果として血管内治療学会が調査をほぼ毎年のようにやっております、ですからそれほど特に東京都の状況を見るのにこういう東京都の調査をしていただくのは、有意義になると思います。

○有賀座長 ありがとうございます。

そうすると、各関係学会がそこその調査を既に進めてきているとそういうふうな理解ですよ。

○塩川委員 これは、治療側の医療資源の調査ですね。

○有賀座長 そうすると、東京都の調査がきたときに、既に学術団体に答えている内容とかなり重なっていると、答える側も楽と言ったら変ですけど、脳卒中学会に答える内容も、東京都に答える内容もおおむね似たようなことを答えればいいというのであれば、そのための負担は少なくて済みそうだという、そういうふうな省エネ的なことをすぐ、私は考えちゃうんですが。

要するに、そういうことですよ。



○塩川委員 こういう、特に医療資源の調査というのは、この1年ぐらい、先ほど話したような学会主導でやっている調査に加えて、ちょっと話がずれますけどコロナでどれぐらい医療資源が落ちて、またそれが回復するかというそういう調査もしていますので、でも一定整理の脳梗塞資料をやっている人たちには、また調査かというのがあり得ますけども、よく答えていますので、特に一次脳卒中センターという手を挙げている施設が東京都に90ぐらいありますと、かなり悉皆性の高い調査は、これは可能だと思います。

○有賀座長 分かりました。

ほかに御意見のある方はございますでしょうか。

○横田委員 横田ですけど、よろしいですか。

○有賀座長 はい、しゃべってください。

○横田委員 今、ちょうど出ている資料3-3で、今、塩川先生がおっしゃったところは非常に重要だと思うんですね。

平成22年と24年だったと記憶しているんですが、東京都で脳卒中の東京都全体のアンケート調査をしたときに、やはり東京都ということだけで数も多いということで、かなり説得力もあったと思うんですが、今回この血栓回収療法をターゲットとして概要のところを書いてあるということ、これはよく理解はできるんですが、一方で脳卒中全体の中で、①、②、③がどのような状況だということも、やはりそこは捉えておく必要があると思うので、この調査項目のどこかで簡単でもいいんですけど、その脳卒中全体でその対象の機関にどの程度の患者さん、急性期を扱ったかということでは入れておいたほうがいいのかと思って、先ほど説明を聞いていたんですが、そのところは事務局としてはどのように考えているのか、そこはもう血管内治療だけに虚血性の脳卒中の血管内治療だけにターゲットを絞っているというふうな、そんな理解でよろしいのでしょうか。

○有賀座長 どうぞ事務局、お願いします。

○久村課長 事務局でございます。

今回の調査は、t-P A、それから血管内治療についての状況を確認して、この間の取組を検証して充実に向けた取組をとるという目的ではございますけれども、これは脳卒中医療連携の取組でございますので、医療関係者さんのほうに負担がない形で、項目追加をもう少し全般的なことというのは対応することはできると思います。

○有賀座長 これは、先ほど事務局もワーキンググループをつくってやってきたという御報告がありますので、このアンケートについてのワーキンググループに集まっていたいて、そこで少し、今横田先生がおっしゃったようなことに関する詰めなどもやって、それでもって6月から出発ということではよろしいんですね。事務局の方にお聞きしていますが。

○久村課長 はい。まずは、今回こちらで全体を協議会のほうに御紹介させていただいて、御説明させていただいて、この後はワーキンググループの方で具体的な作業を進めてま

いりたいというふうに考えております。

○塩川委員 よろしいでしょうか、塩川です。

○有賀座長 はい、どうぞ。

○塩川委員 今、横田先生がおっしゃられたように、脳梗塞に限定するというのは、あまり現実的でなくて、少なくとも医療施設に患者さんが来るときは出血か、梗塞か、くも膜下出血か分からないわけで、その人たちの対応をしているところで医療資源も費やされるわけですので、やはり急性期の脳卒中ですけど、脳梗塞に限定されないほうがデータとしては重要なものが出てくると思います。

○有賀座長 そうですよ。さっき横田先生が初めの初めのときに1年か2年おいて2回やったという話を今思い出しています。あのときも脳卒中だと言って救急隊から患者さんを受け取ったうちの、たしか6割ちょっとぐらいしか脳卒中じゃなくて、4割ぐらいが脳卒中以外だった、もちろん慢性硬膜血腫もそこに含まれますけど、たしか肝硬変とか、そういう全く受け手の神経内科や脳外科の医師たちから見ると、あれあれというふうなものも結構入っていたような記憶がありますので、今言った医療資源云々というふうなことになる、そういうふうなことも場合によってはあっているのかもしれませんが、少なくとも脳卒中全体を1つのプラットフォームにしておかないと、何となく局地戦だけで全体が見えないうちに全体が変わっていくという話があったときに大変なことなのかと思って今聞いておりました。

これは、したがって、今のような議論を含めて、ワーキンググループで進めていくというふうなことでいいのでないかなと思うんですが。

○新井委員 東京都医師会の新井ですけど、発言よろしいでしょうか。

○有賀座長 お願いします。

○新井委員 今日のこの議題は、円滑な脳血管内治療に向けた転院搬送に対する調査ということで、それに向けた調査というふうに理解しているんですけども、そのために今回資源調査をして、ちょっと気が早いんですけども、その結果、この今の転送の流れとこのを組み替えるとか、そういう形に持っていこうというための基礎調査というふうに理解すればいいんでしょうか。

○有賀座長 変えるというドラスティックな話には多分ならないんじゃないかと思うんですが。

○新井委員 どの病院がうまくやっているとか、あるいは患者が集中しているとかということで、その負担をある程度分散するというか、そういうための組み替えのための調査なんですかね。

ちょっと、何の。現状把握だけではないですよ。

○有賀座長 事務局から見ると、やはりさっき言ったみたいに、朝の9時半にほんのちょっと触れるぐらいしか現状は把握されていないわけで、本当のことを知りたいという、かなりそういう意味ではつまりプリミティブなところから出発しているように思うので

すけれど。

○新井委員 どこか不足しているところがあれば、そのところの取組を課題を抽出してという、そういう。

○有賀座長 恐らく、この数年間のこの業界における進化というのは、血管内治療をするドクターも思いのほか増えているというか、そういうようなことも全くないわけではないので、恐らく施設そのものもより増えていく、たしか今、塩川先生が90ぐらいあるというふうに言っておられました、少なくともその資料3で見ると70ですから、70から90ということになると、そこそこ増えているわけなので、そういう意味では患者さんも恐らく当初僕たちが思ったよりは分散しているというふうなことも含めて、多分分かってくるんじゃないかなと思う。これは事務局から見ると一番ドラスティックなことって、何が起こりそうなんですかね。

○久村課長 ドラスティックと言いますか、まさに先生が今おっしゃっていただいたように、直近でいえば29年に1回t-PAと、それから血管内治療の状況調査させていただいたんですけど、それから多分状況が変わっているというふうに思っておりますので、まずは現状、東京都の今月から始めています取組も踏まえて、どういう状況かというのを確認させていただいて、検証したいというところですね。

その中で課題等が表れてくるのであれば、それに対応するような取組が進めていければということです。

○有賀座長 これは、各例えば区の中央部には高木先生がおられますけど、恐らくそれぞれの地域で血管内治療のできる施設は少しずつ増えているんじゃないかなというふうに想像します。

私が、今全国の労災病院を束ねるようなそういう立場にいるんですけれど、おおよその状況を俯瞰しますと、大学から派遣されてくるドクターの中に血管内治療の専門医がそこそこいるんですよ。ですので、今までできなかった労災病院もいよいよやりますよ、みたいなところがぼつぼつ出てきていますので、多分そういう状況を塩川先生は分かった上で、発言されているんだというふうに思っております。

○塩川先生 その発言させていただくと、今までは脳血管内治療の専門医、指導医、対してそれに準ずるという資格だったのが、資格が整備されて技術認定というのができましたので、脳外科医以外でも、神経内科の先生でも、血栓回収されている方の数は実数を正確に今申し上げられませんが、増えております。

○有賀座長 ですから、そういう意味では、事務局である都庁の担当の方たちが全体を把握したいというのは、ある意味合理的な心の動きかなと思うんですよ。東京都医師会の新井先生は、アンケートを採って具体的にどんなことが起こっちゃいそうだとというふうに心配されているんですか。

○新井委員 特に心配ではないですけど、365日24時間やれるところと、そうでないところは、この結果では少し分かってきそうな気がしますし、そういうところにうまく

運ぶような、そういう流れなんではないか。

○有賀座長 だから、365日24時間できるという話は、恐らく一気に2人来てもらえるというぐらいの、そういうふうな資源の投入が可能のようなところではないと、多分365日24時間という話にはなりませんよね。

○新井委員 そういうふうにはならないですよ。

○有賀座長 だから、そういう意味では運の悪い人が出ないように杏林大学が厳しかったら近くのどちらかへ運んでやっていただくと。運の悪い人が出ないようにするよう、そういうふうな仕組みをより強化する、そういうふうなことになるんじゃないかなって僕は思っているんですが、新井先生それでいいですよ。

○新井委員 そう思います。そういうネットワークで連携をするというのを構築するかと。

○塩川先生 よろしいですか。何点か発言してよろしいでしょうか。

○有賀座長 はい、どうぞ。

○塩川先生 例えば、今言われたネットワークは、東京都内でも、23区でも幾つかあるように聞いていますが、例えば多摩地区は全部でこのあれを見ても一次脳卒中センターが医療圏5個の中で15の施設があるときに、1施設は入っていないんですけど、その14の施設でネットワークが現在まではできていまして、そこで今のスマートフォンとか、要するにITを駆使して、病院の枠を超えて、それでこれは時間勝負の治療なので、また学会などがあるとき医師がいなくなったりする、そういうことも含めたネットワークが多摩地区は昔の都立府中ですね、多摩総合医療センター、脳外科太田が中心でもうやっていますし、都心でも医療圏を超えたようなネットワークがITを駆使してやっております、それは資料3-2、平日午前9時半と言われると、特に都心もそうですけど、センター化した病院も朝9時半とか、検査室が開いていないなんてときが日常的にあるんですね。

ですから、我々杏林のところも検査室、カテーテルできる部屋が、心臓も使っているし、おなかも使っているなんていうときは、武蔵野日赤とか都立府中じゃなくて、多摩医療センターへ再転送、ですから先ほどの新井先生が御指摘いただいた、今はニーズの把握も大事でありますし、それからマンパワー、医療資源がどれくらいあるかもそうなんですけど、連携がそれなりに構築を、それぞれのほうで構築されている、その面も現状、東京都の調査で明らかにしていただくとよろしいんじゃないかと思えます。

○有賀座長 それは、さっきの資料3-1の2枚目のところに既存のネットワークによって転院先を決めていくとある、そういうふうな……。

○塩川先生 そうです。

○有賀座長 ローカルなパワーを発揮している場所があることを前提にしていますから、そういうふうなことも含めて、一緒に議論できそうな結果が得られるといいなというふうに思っている次第であります。

○高木委員 有賀先生、よろしいですか。

○有賀座長 はい、どうぞ。

○高木委員 東京都済生会中央病院の高木です。

○有賀座長 どうも、先生。よかった。

○高木委員 私も、この調査は絶対やるべきだと思うんですけども、今までもこの協議会でやってきた調査、この救急搬送体制が変えていったときに、必ずそれがどういう効果を生んでいるかという評価をするために、これは2回やったと思うんですよ。

今回も、この救急の転院搬送を昨年からはじめたわけですので、やっぱりその現状というものを、まずしっかりと把握することから今後の課題が出てくると思いますので、ぜひこのアンケート調査をワーキンググループでもう少し絞っていただいて、有効な調査にさせていただいて、きちんと検証していただければなというふうに思うわけでございます。

○有賀座長 ありがとうございます。

○塩川委員 塩川です。すみません、もう1つよろしいでしょうか。

○有賀座長 はい、どうぞ。

○塩川委員 今、高木先生がおっしゃられたとおりですし、それから、また話がちょっとずれますけど、医師働き方改革というのが2年後にあるのは、もう我々診療側にとってはとても大きな問題として認識していますので、ですから今回のこの調査は、先ほど24時間365日戦っている病院がというのも、なかなかそういう場が別の縛りが出てきますので、そういう意味でも今のこの現状の量的な評価というのをさせていただくのは大事だと思います。

○有賀座長 この手の話は、そういうふうな部分に話題がいきますと、いや、もちろんいなくちゃいけないんですけど、次から次へと話に花が咲きますので。

○塩川委員 すみません、どうも。

○有賀座長 いえいえ、大事な話だと思います。

だからしたがって、2交代制勤務もやっていますかみたいなことまでアンケートに入れ込むと、えらい目に遭いそうです。そこら辺はデータを見た後に、そのような病院について今話に出ました働き方改革に関する作戦を、また別途考えていかななくてはならないかなと思う次第でございます。

問題意識として、お互いに共有するという話はそもそも大変大事なので、今の塩川先生のお話はアンケートをつくる时候にも、そういうふうなことが見えるような形に、場合によっては項目を設定するというようなこともあっていいのかもしれない。

これは、基本的にはワーキンググループにお任せしたいなというふうに思います。

それでよろしいですよ。

議題の1は、今の高木先生、それから塩川先生がおっしゃったことを、きちんと念頭に置いて先に進むというようなことにしたいと思います。

ここで、どうしても御発言したいという方がおられたら、どうぞ声を上げてください。  
よろしいですか。

議題の2番、東京都循環器病対策推進計画の策定ということについての議題に移りたいと思います。

まずは、事務局からの資料4を御説明ください。お願いします。

○事務局（剣持） それでは、資料4-1から4-4までを御説明させていただきます。

まず、資料4-1を御覧ください。

循環器病対策推進計画策定に向け、概要を御説明させていただきます。

国は令和元年12月に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係る対策に関する基本法を施行しました。

この法により、都道府県は国の循環器病対策推進基本計画を基本とし、循環器病対策推進計画を策定することとされました。昨年10月には、国の循環器病対策推進基本計画が策定されました。全体目標は、「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」「保険、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実」「循環器病の研究推進」に取り組むことにより、2040年までに3年以上の健康寿命の延伸、年齢調査死亡率の減少を目指して、予防や医療、福祉サービスまで幅広い循環器病対策を総合的に推進することとされております。

この全体目標を達成するために実施するべき個別施策として、循環器病の予防や救急搬送体制の整備、医療提供体制の構築、リハビリテーションや治療と仕事の両立支援などの施策が示されております。

今後の計画策定スケジュールについてですが、新たに設置した東京都循環器病対策推進協議会において、各協議会などの意見を踏まえながら検討を進め、7月に計画を策定する予定でございます。

続きまして、資料4-2から4-4まで御説明させていただきます。

このたび、国の資本計画に示されている個別施策に沿って、東京都における課題、今後の方向性について、事前に関係者から御意見を伺った情報を集約したものが資料4-3、この概要版が資料4-2となっております。

この資料に対して、本協議会の前に皆様からお伺いした御意見を、資料4-4に記載させていただいています。

今後、皆様から頂戴した御意見も踏まえまして、循環器病対策推進協議会において検討を進める予定でございます。

それでは、資料4-2の概要版により、簡単に本計画の課題、今後の方向性について、現在いただいている御意見の概要を御説明させていただきます。

まず、1、循環器病の予防や正しい知識の普及啓発についてです。

課題としては、循環器病の発症、再発、重症化予防、早急な治療の開始等に向けた知識の啓発、小児期における普及啓発などがございます。

今後の方向性といたしましては、生活習慣の改善などについて、区市町村などと連携した普及啓発を実施、小児期からの循環器病に関する普及啓発について検討などがございます。

これに対し、皆様から伺った御意見を御紹介させていただきます。

特に脳卒中への影響が大きい高血圧、喫煙、肥満などにテーマを絞った取組が必要、病気の知識だけでなく、その後の障害についても知識の啓発が必要などの御意見をいただきました。

続きまして、2の①、循環器病を予防する検診の必要や取組の推進についてですが、課題といたしましては循環器病の予防、早期発見に資する検診の実施率向上がございません。

今後の方向性としては、特定健診で致死率を向上するため、特定健診の実施費用の交付などによる区市町村支援や、東京都国民健康保険連合会と連携をした取組などの実施がでございます。

これに対し、皆様からいただいた御意見といたしましては、健康経営に取り組む企業や小中学校の保険教育を利用したアプローチが必要、健診にMRI/MRAや頸動脈エコーを取り入れると脳卒中の発症予防に有効。脳卒中は健診・予防の中で、最も進歩・普及しており、今の状態を継続・進化させればよいなどの御意見をいただきました。

次に2の②の救急搬送体制の整備についてでございます。

循環器病は、急性期における迅速・適切な治療の実施が課題です。

これに対する今後の方向性は、血管内治療のさらなる円滑実施に向けた検討や、画像等を事前に転院先と共有するなど、デジタル技術を活用した円滑な転院搬送に向けた取組の推進などがございます。

これに対して皆様からは、現在の東京都脳卒中救急搬送体制を、デジタル技術を取り入れた医療情報連携ツール導入により、より効率的な仕組みにすることなどが重要、現状のデータを公開して、各圏域での課題抽出に利用できるようにすべき、当番制の導入を検討するのがよいのではないかと、東京都は脳卒中・CCU、いずれも救急体制が整い、大きく変えると他の疾患の救急医療に影響するため、現状でよい、血管内治療を円滑に実施できる医療機関に速やかに搬送できる体制の構築が必要、血管内治療に対応できる医療機関に限られることから、症状等から適切な医療機関へ搬送できるよう、救急隊と地域の医療機関の連携体制が必要であるなどの御意見をいただきました。

2の③、循環器病に係る医療提供体制の構築についてですが、課題は急性期を脱した患者の円滑な転院や在宅療養生活の質の向上、再入院回避などに向けた医療連携の推進です。

これに対する今後の方向性は、デジタル技術を活用するなどした医療機関間の連携及び患者情報の共有の推進、また病院主治医と地域診療所医師の2人主治医制などの効果的な医療提供体制などの確保に向けた検討でございます。

皆様からいただいた御意見としては、脳卒中、医療連携パスの更なる活用、オンライン診療の積極導入、高齢者に対し入院時から退院や最終的なゴールを見据えた支援の早期介入、充実が必要、救急病院とかかりつけ医の情報共有が重要などの御意見をいただきました。

次に、④の社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援についてです。

課題は、他職種連携、病院と地域の医療・介護関係者の連携です。

これに対する今後の方向性は、地域包括ケアシステムの構築のさらなる推進、デジタル技術を活用した他職種連携などでございます。

これに対し皆様からは、病院、地域医療、介護、地域包括支援センター等の関係者がデジタル技術を用いて一元化して情報共有した方がいい、介護保険制度の利用の推進、地域包括支援センターとの連携が必要、急性期病院の医師、MSWは、急性期治療後の患者支援制度や介護福祉に関する知識が不足している。医療と福祉の連携が必要、在宅療養を総合的に担うかかりつけ医の定着が必要などの御意見をいただきました。

おめくりいただきまして⑤リハビリテーション等の取組につきましては、課題は早期からの継続的な個々の患者の状況に応じたリハビリテーションの提供、地域のリハビリテーション支援体制の強化です。

これに対する今後の方向性は、地域リハビリテーション支援体制強化に向けた他職種連携の推進、また高齢者の複数の合併症に対応したリハビリテーションの推進、心臓リハビリテーションの推進などでございます。

これに対し皆様からは、介護保険における施設リハの充実や、退院後生活期に入ってから継続的なリハビリが必要、住民へのリハビリテーションに関する普及啓発が必要などの御意見をいただきました。

2の⑥、循環器病に関する適切な情報提供・相談支援につきましては、課題は患者のニーズに対応した情報提供相談支援体制であり、これに対する今後の方向性は、都の実情に応じた効果的・効率的な情報提供・相談支援について充実でございます。

これに対し皆様からは、後遺症支援に関わる相談窓口が必要、病院の患者支援センター、保健所の活用、医療と介護、保健部門との適切な連携が必要であるため、医療と介護情報を一つにまとめた連携ツールが必要などの御意見をいただきました。

2の⑦、循環器病の緩和ケアですが、課題は、主に心疾患などに対し、患者の状況に応じた適切な緩和ケアの実施です。

これに対する今後の方向性は、他職種連携、病院と地域の連携による緩和ケアの推進でございます。

これに対し皆様からは、がんの緩和ケアより心疾患の緩和ケアのニーズが高いとの広報が必要、疾患の初期段階からの他職種による緩和ケアチームの介入が必要などの御意見をいただきました。

⑧の循環器病の後遺症を有するものに対する支援につきましては、特に脳卒中の後遺



症であるてんかん、失語症、高次脳機能障害などを有する方への福祉サービスや社会的理解や支援が課題です。

これに対する今後の方向性は、後遺症に関する理解促進に向けた普及啓発や、後遺症に関する相談支援体制の充実に向けた取組などの実施でございます。

これに対し皆様からは、脳卒中については高次脳機能障害を後遺症として持つ患者の急性期、回復期リハ後の支援が重要、失語症や高次脳機能障害に対する社会への啓発活動や重症度合いの数値化、それに伴う支援が必要、地域包括支援センターや緩和ケア病床との連携が必要などの御意見をいただきました。

⑨の治療と仕事の両立支援・就労支援につきまして、課題としては循環器病や後遺症に対する職場の理解が得られない、復職や就職に際する適切な支援が必要などがございます。

それに対する今後の方向性としては、両立支援施策の効果的な活用に向け、情報提供体制を強化する。循環器病患者にとって働きやすい環境の整備、就労支援の促進でございます。

それに対し皆様からは、がん、難病と同様に、脳卒中についても従来からの取組との一体化が望まれる。医療機関が主導的に個々の生活背景や就労環境に応じた就労支援を行うことが重要、就労再開に対して、配慮すべき事項や予測できる症状などを産業医や雇用者に具体的に提示する必要があるなどの御意見をいただきました。

⑩の小児期・若年期からの配慮が必要な循環器病への対策につきましては、主な課題として、小児期から成人期への移行期にある患者に対し、小児科では風邪による病態の変化や合併症、生活疾患や妊娠出産に対し、対応が困難である一方、成人診療科では小児慢性疾病に対する知識、経験が不足しているという状況がございますので、今後の方向性といたしましては、移行期医療の支援の充実などがございます。

これに対し皆様からは、AYA世代の脳卒中については、リハビリの受け入れ先などが少なく、今後の仕組みづくりが必要、小児の療育機関の関与が大切などとの御意見をいただきました。

なお、皆様から新型コロナウイルス感染症を踏まえた対策についても御意見をいただきましたが、そちらについては議題3、その他において御紹介させていただきます。

今後、皆様からいただいた御意見を踏まえまして、東京都循環器医療対策推進協議会において、検討を進めていく予定でございます。

事務局からの説明は以上となります。

○有賀座長 ありがとうございます。

時間的にも非常に長いスパンがありますし、それから疾病の広がりも、かなり広いものがありますので、この循環器病対策推進計画というのは、かなり大変なものだということがよく分かります。

ここでは、一応後ろ半分の報告に比べますと事実が書いてあるので、一応審議事項と

ということになるんだと思いますが、これは最初に御説明いただいているように3月にこの会議を開いて、そして7月に計画をつくる、こういうふうな計画も恐らく経年的に進化していくというようなことになっていくのではないかなと思います。今の膨大なお話をお聞きして、ここに御参集の各委員の方々から何か御意見等ございましょうか。

当たり前ですけど、急性期だけではなくて、リハビリテーションから、そして最後は職場に復帰するというふうな話までありますので、結構たくさん大変な話が、どういうふうに行くのか分かりませんが、いかがでしょうか。

○横田委員 横田ですけど、よろしいですか。

○有賀座長 お願いします。

○横田委員 事務局、説明ありがとうございました。

幾つか、私も意見を述べさせていただいて、反映させてもらっているところもあるんですが、この2の②のところで、私は、法律を見ながらここを書かせてもらったんですけど、法律には、救急隊へのメディカルコントロールのことがきちんと書かれているんですよ。救急隊への研修の確保、その他必要な施策を講ずるものとするというふうな、そんな記載があって、私は、この2の②のところにその旨書いたんですけど、今の概要のところにはその部分がなかったので、何で抜けちゃったのか。

非常に私は、個人的には大切な部分かなというふうに思っているんですけど、そのところは何か抜けちゃった理由があるのか、もし教えていただければと思いますが、いかがでしょうか。

○有賀座長 事務局、お願いします。

○久村課長 すみません。まず、きちんと説明をさせていただいていなかったんですけども、今、画面に映っております概要版は、この間、関係機関の先生方といろいろ意見交換をした中で、現段階で事務局としてたたき台として作ったものでございます。

脳卒中の先生方からは、今回、具体的に照会をかけさせていただいて、御意見をいただいたものですから、ちょっとこちらの方向性のほうにはまだ反映し切れていない部分があるかと思います。それは、これから反映するという意味で、資料4-4のほうで、脳卒中医療連携協議会からの意見ということで、今回いただいた意見も取りまとめさせていただいておまして、それを今後、がっちゃんこしていくというようなところで考えておまして、今、横田先生からいただいた御意見は、この2-②のですね。

○横田委員 そう。ここには書いてあるんですよ。

○久村課長 そうです。なので、これから最終的に、またこの計画のほうに入れ込めるかどうかというのも含めてちょっと議論をさせていただきたいというふうに考えておりますので。

○横田委員 さっき話題になった救急の端末に関して、そこを結局利用するのが救急隊員なので、そのところというのは非常に重要なかなと思って、このように2-②の一番下の丸が私が書いたところだったと思うんですが、そのように発言しました。すみま

せん。よろしく申し上げます。

○久村課長 ありがとうございます。

○有賀座長 2-②の話は、資料4-4ですね。

○久村課長 資料4-4です。今、画面に投影させていただいております。

○有賀座長 そこにはメディカルコントロールという言葉が入っているんですか。

○横田委員 言葉は入っていないんですけど、まさにそのことが法律に書かれているので、重要ななと思って。

○有賀座長 だから、書かれていない理由は何かあるんですか、これは。事務局から見て。

○久村課長 メディカルコントロールの部分ですか。

○有賀座長 はい。

○久村課長 それは、ちょっとまだ整理をし切れていないというところです。御意見をいただきながら、これから整理……。

○有賀座長 僕が心配しているのは、都庁の皆々様が、メディカルコントロールは東京消防庁だから、そちらに振ってしまえばいいという、そういうふうな感覚的な話があるのかなということで、それで今、一生懸命文言はないんですかと聞いているんです。そこは大丈夫ですか。

○久村課長 基本的には、これは幅広の内容になるというのは先ほど来から出ておりましたけど、そういった意味では、当然福祉保健局の医療政策部だけで対応できる内容では全くございませんので。

○有賀座長 全くそのとおりですよ。

○久村課長 なので、今後、協議会の中でも関係する部署、少子社会対策部もありますし、障害者施策推進部もありますし、あるいは高齢社会も相談対応なんかでも関わってくるかと思っておりますし、東京消防庁さんも含めて、事務局と共同事務局みたいな形で進めていきたいというふうに考えておりますので、一体となって取組を進めます。

○有賀座長 何でこんなことを言うかという、私は、西日本のほうのある県なんです、県のヘルスケア、要するに県の医療、介護全般のBCPについての会議をするということで、1回目は新幹線で西へ行ったんですが、2回目以降はみんなWebになっていますので、それはそれでいいんですけど、医療におけるBCPを考えていくときに、今の高齢社会を念頭に置くと、介護の対象になっている人たちをも含めたヘルスケアBCPを考えていかないといけない。恐らく病院のBCP、医療のBCPというだけの話にはならないんじゃないかという話をしているんですが、その県のそのことを受け持っている部局が、医療なので、介護のほうにまで話を広めちゃうと嫌がられるんじゃないかということを、その県の救急部門のある教授から、私は言われたんですよ。

恐らくその県と一緒に仕事をしている救急部門の教授は、気を回しすぎているかどうか知りません。そういうふうなところまで考えなきゃいけなくなると、自分たちとしては、テリトリーを超えてしまうというふうなことを言っているのかもしれないですよ

ね。

東京都も、僕が救急医学で少し頑張り始めた頃は、普通の救急医療と、それから、精神科救急は水と油みたいな感じで、都庁の係が全く別だから、別の議論だみたいなことを言われたことがあったので、そういうふうなことが、万が一にも東京都の循環器病対策推進計画の中で起こるようなことがあっては困るので、そういうことはないんですよというのを、別に嫌みを言っているわけではなくて、行政の中には、多少ともそういうふうな匂いを思わせるような遺伝子が入っているんじゃないかというようなことを心配して、今、発言しております。

そこは事務局、大丈夫ですよ。

○鈴木部長 担当部長、鈴木でございます。御心配ありがとうございます。

遺伝子はないことはないんですけども、それが出ないように一生懸命やっていきたいと思っておりますので、よろしくをお願いします。

○有賀座長 お願いします。

ということで、横田先生。横田先生、いますか。

○横田委員 すみません。ありがとうございます。私も意地悪で言ったわけじゃなくて、重要だと思ったので。すみません。

○有賀座長 僕も先生も別に意地悪のために発言するほど、悪い人たちじゃございませんから。

横田先生は、この循環器病対策推進計画のほうで、そこそこお仕事をしなくちゃいけない立場ですよ。東京都の循環器病対策……。

○横田委員 東京都の。はい、そうなんです。

○有賀座長 そうですね。

○横田委員 はい。

○有賀座長 だから、そういう意味で、いろんな垣根を超えながら仕事をしていかなくちゃいけなくなる。これは、循環器病の話で花が咲いていますけど、高血圧だとか成人病だとか、循環器病の予防の話を一生涯懸命やっていくと、アルツハイマーとか、ああいう認知症に関する話にも触れることになりますよね。

ですから、この手の話は物すごく大きい話になってくると思うので、大変だとは思いますが、とても重要だという気がしますので、どうぞ横田先生、よろしく願い申し上げます。

○横田委員 御指導ください。

○有賀座長 ということで、何か御心配なことがあれば。そして、それから、こんなことはきっと忘れないでねというふうなことももしおありでしたら、委員の先生方、ここでどうぞ御発言くださるとありがたく思います。いかがでしょうか。

○塩川委員 杏林、塩川ですけども、この循環器病対策推進計画は、立法化された、法律の中で決められた作業で今進んでいると思うんですけど、そうすると、何を言いたい

かという、これは脳卒中と、あと、心臓の両方を指している、こういった形の資料もあるんですけど、両方の学会が5か年計画というのをつくってございまして、それから、ちょうど今年、来年かな。第二次5か年計画ということ話で、要するに包括的な、しかも、先ほど来話している、急性期医療だけではなくて、教育であるとか、慢性期の話であるとか、いろいろ、あと、多職種でやるとか。

ですから、これは世の中の的に公開されている資料ですので、それは、両方の学会がつくった全国版ですけど、東京都版をつくられるときにも、御参考にしていただくと、どういう遺伝子か分かりませんが、ある部分に偏っちゃうというのが修正できるんじゃないかと思っております、ちょっと発言させていただきました。

○有賀座長 ありがとうございます。

事務局の方々におかれましては、そもそもの話が大きいので、いろんな話が、いろんなところからたくさん出てきても、取りあえず記録だけは取っておいてください。整理整頓はきっととても大変だと思いますので、今はそういう状況だということで御理解ください。

あと、これは東京都医師会から、新井理事、佐々木理事、それから、救急委員会で石原先生が出てみえています。東京都医師会としても、単純に行政とスクラムを組む以外に仕事が山ほどありそうな気もするんですが、何か御意見はございませうか。

○新井委員 新井です。よろしいでしょうか。

○有賀座長 はい、お願いします。

○新井委員 ちょっとずれちゃうかもしれないんですが、資料4-1の1枚目のところで、2つ目の丸ポツのところの全体目標というところが書かれてございまして、それが、1、2、3とあって、3番目が循環器病の研究推進というのが、国の基本計画には書かれてはいるんですけども、その下の四角のところの個別政策でも1、2、3とあって、循環器病の研究推進というのがあると思うんですが、資料4-3ですかね。個別政策、また別の資料がありますが、そこには、東京都のほうでは、大きな3の研究推進というのが書かれていないんですけど、なかなか医師会の立場でも、この研究推進をやれというのはハードルが高いんですが、それは学会のほうに任せるといような形の、東京都の立場とすると、そういうことなんでしょうか。

何かナショナルデータベース的なところを集めて、何かレジストリ研究をするとか、そういうところまでは考えていないんでしょうか。すみません、余計なことを言って。

○有賀座長 いやいや、今言った疫学研究も、それから、臨床研究も研究ですので、行政から見れば、行政として、こういうふうなことは研究してもらわないと困るといようなことがきっとあると思うんですけど、資料をそのような観点で見なかったの、分からなかったんですけど……。

○新井委員 せつかくこういう法律ができて……。

○有賀座長 入っていますもんね。

○新井委員 ネットをせっかくですから集めて、これから先の資料にしていくというも大事かなと思いました。

○有賀座長 さっきの血管内治療の話が違って、ある意味疫学研究になるわけですから。これは、事務局、そこら辺はどういう整理をしようというか、おおむねの意図があったら教えてください。

○久村課長 ここの部分につきましては、基本的に国の基本計画、推進基本計画においても、国のほうで実施するというふうな基本的な整理になっておりましたものですから、ちょっとそちらのほうは、この研究については、国のほうの取組を待とうかなというふうなところで、今回、都のほうの計画の中には、今まだ上げていなかったというところでは。

○有賀座長 でも都で研究しちゃいけないという話じゃないですよ。

○久村課長 実際に、例えば東京都の医学総合研究所なんかでは、脳梗塞、脳卒中に関するような研究のプロジェクトをやったりはしております。

○有賀座長 だから、今言った血管内治療の話も広い意味で疫学研究ですよ。

○久村課長 はい。

○有賀座長 だから、いかにも研究でございませぬみたいな、研究者の顔を浮かべるから、国からという話になるんでしょうが、国だって、全国版でこんなことをやりたい、あんなことをやりたいという話も全国を相手にしながら行政をやっているんで、そういうふうな話が出るわけで、東京は東京でそういう話が出たって、全然おかしくはないんじゃないですかね。

だって、さっきのリハビリテーションのその次の就労する部分だって、東京都ならではの話も、幾らだって考えればあり得ますよね。東京都の職員だって山ほどいるじゃないですか。

これは、研究の部分がごそっと抜けるというのは、何となく事務局のイメージが少し乏し過ぎるんじゃないですかね。大丈夫ですか。

○久村課長 今回、そういった御意見をいただきましたので、東京都においてというふうなところでちょっと視点を置き換えて1回考えてみます。

○有賀座長 何はともあれ、小さな国と比べても、十分な人口を擁している東京都ですから、その立場でやれというふうなことを無理に言う気はありませんけれど、せっかくのこういう話が出ている以上は、新井先生がおっしゃるように、東京都として、どんなことが考えられるかという話ぐらひはやはり議論しておく必要がありそうな気がします。

横田先生、東京都循環器病対策推進計画の策定に一定の水準で関わらなくちゃいけないとなっている横田先生は、今のやり取りをお聞きになって、何か思うところはございませんか。

○横田委員 新井先生と全く同じところを私も気がついてたんですけど、自分であえて指摘はしなかったのは、自分なりにちょっと反省しているところなんですけど、研究の

ほうが、基本計画、国のほうのを見ると、国立循環器病センターのデータベースを主体に研究をするというふうに取り取れるので、勝手にそう思い込んでしまっていたというのが、私自身の今回そういうふうにしたというところなんですね。ですから、改めてちょっと考え直してみたいというふうに思います。

- 有賀座長 これは、先ほど来、いろいろ議論をさせていただいている、塩川先生は杏林大学ですし、それから、東海大学、女子医科大学、日本大学などの大学の先生方もそこそここの脳卒中の協議会には入っておられます。せつかくの話なので、やはりいかにも研究という話でいかどうか分かりませんが、さっき僕がお話ししたみたいに、血管内治療の疫学的な観点でのいろんな話も、恐らく大事な研究になってくるんじゃないかなというふうに僕は思います。そういう指向性はやはり持つておくべきではないかなと思います。

新井先生、そういうことですね。

- 新井委員 せつかくこういう協議会が出来上がるわけですから、協議会がデータベース、レジストリとしてまとめて、東京都でのアウトカムというのを発表するというのは非常に意義があるというふうに考えています。

- 有賀座長 そうですね。ありがとうございます。

事務局におかれましては、そういうふうな意見を上手にそしゃくし、消化しながら、先に進んでいかれるように希望するところであります。どうぞよろしくお願ひしたいと申します。よろしいですね。

- 久村課長 ありがとうございます。もともとこの計画をつくったときに、PDCAサイクルを回して検証を進めてというふうなところになりますので、そういったアプローチからでも、どういった研究推進といえますか、どういった知見がみたいなところも含めて、ちょっと都のレベルで考えてみたいと思います。ありがとうございます。

- 有賀座長 お願いします。

ほかに何か気がついたこと等はございませうか。

なければ、その次のその他、さっき、コロナの話はその他でと、事務局の女性がおっしゃったような気がするんですが、そういうふうな話だと思しますので、議題の3番、その他では、コロナの感染拡大の話に言及されることになりそうだと思います。その他に行っていただけますか、事務局の方。

- 事務局（剣持） このたび、新型コロナウイルス感染症の感染拡大時において、脳卒中急性期医療機関の救急受入れ停止や応需率の低下などがありましたので、皆さんの御意見を伺いたいと思っております。

まず、東京消防庁から御提供いただいた脳卒中Aで選定した際の応需率の資料を画面に投影いたしましたので、御覧いただきながら説明させていただきたいと思ひます。

今、移っていますのが、2019年1月から12月と、2020年1月から12月の脳卒中Aで選定した場合の応需率の1週間ごとの推移の比較でございます。このデータ

は、病院端末が診療可能である場合に連絡した数字を基にしております。上段が2020年、下段が2019年のグラフでございます。

2020年全体では、収容可能回答率は1万5,010件、収容不能回答数は6,342件、応需率70.3%なのに対し、2019年は、収容可能回答数1万5,175件、収容不能回答数4,575件、応需率は76.8%となっております。

下段の2019年を御覧いただくと、3月下旬以降、おおむね応需率が75%以上であるのに対し、2020年は、ちょうど第1波の3月下旬から応需率が60%台となり、5月3日の週は57%まで低下し、その後も60%台の時期も多く、前年と比較して、低い状態で推移いたしました。

次に、2020年3月1日から、2021年3月13日までの応需率の推移でございますが、新型コロナウイルス感染症患者が最も増えた2021年1月につきましては、応需率が40%台となり、一番低かったところが1月24日の週の47.8%でした。その後、少しずつ改善してはおりますが、2週間前の3月7日から13日の週で62.9%と、2019年の3月の同時点の応需率が79.6%だったのに対しても、低い状態にございます。

また、皆様の御意見を御紹介させていただきます。速やかな搬送体制の確保や、コロナ患者の急性期脳卒中治療が課題である。また、リハビリの方法に関するガイドラインづくりや、オンラインでのリハビリ対応、また、状態が安定した患者の転院の推進などが必要との御意見をいただきました。

こうした状況を踏まえ、第4波の到来が見込まれる中、現場がどういった状況であったか、具体的に工夫なさっていることなど、今後の対応の参考にさせていただきたいと思っております。

事務局の説明は以上となります。

○有賀座長 ありがとうございます。

最初に、議長をやっていますので発言します。コロナの去年の初めの頃ですが、新型コロナウイルス感染症のパンデミックと思しきときには、既にそれはもう災害医療ですので、災害医療としてのパンデミックへの対応というふうな観点で物事を考えていかなきゃいけない。ということで、私自身は、東京消防庁に、たしか4月のデータを、4月や5月に下さいというと、忙しいときに、何だというのも何だったので、6月で結構なので、4月のデータを下さいと言って、いただいたんですね。案の定、脳卒中Aも、それからCCUネットワークも、令和元年に比べると、令和2年4月に関しては、コロナだけじゃなくて、脳卒中Aも、それからCCUネットワークのほうも、みんな割を食っているんですね。要するに、搬送困難事案がどっちも2.何倍とか、3倍近くなっているんですね。

ですので、これはもう、最初からそういうものだというふうに思えばこそと言ったらおかしいですが、そういうふうなことだったんじゃないかなというふうに思います。デ



一タはデータで今見せていただきましたけど、去年の初めの頃に、そういうふうになるに違いないということだったので、今さらというふうな気もしないでもないんですが。

現場で一生懸命やってみえている僕らの仲間がいっぱいいますので、おおむねいろんな話を聞くことができます。ですので、そういうことを含めて、何か委員の方々に御発言される方は、どうぞ御意見をくださいませ。

○篠原委員 いいですか。

○有賀座長 はい、どうぞ。

○篠原委員 篠原です。

今の新型コロナのことだけで言えば、ちょっと宣伝みたいになってしまうんですけども、御存じのように、コロナというのは、ワクチンと血栓が今すごく問題にはなっていますけれども、もともと新型コロナと自体が血栓症を起こしやすいというので、実は世界で50人ぐらいの脳卒中専門医が集まりまして、コロナと脳血管障害に関する総説をつくろうというので、Cerebrovascular diseases という雑誌に、もうすぐパブリックされると思いますけれども、総説を書いていますので、もし御興味がある方は、参考にいただければと思います。

例えば、一時期ACE inhibitor投与は、コロナの患者に望ましくないと考えられていたのですけれども、そういうことをそのままやっていたかどうかとか、それから、抗血栓薬をどうしたらいいのかということもいろいろ書いてありますので、もし見ていただけたらと思います。

それから、全体的なことでもいいですか、もう1つ。

○有賀座長 お願いします。

○篠原委員 1つは、塩川先生もおっしゃったとおりなんですけれども、実は今度法律になりました、循環器病疾患への基本法ですか。あれは、私が、15年ほど前に日本脳卒中学会の理事長をやっておりますときに、政府に、日本脳卒中協会と一緒に持っていった話でして、もう15年以上かかって、やっと法律になったので、これは非常によかったと思っているんですけれども、これに関しましては、日本脳卒中学会や循環器病学会が歩調を合わせまして、塩川先生もさっきおっしゃっていただきましたけれども、5か年計画なんかをつくってやっておりますので、東京都としても、そういう学会の5か年計画というものを十分情報を得ながら、それに沿って、必ずしも沿わなくてもいいかもしれませぬけれども、それから大きく外れないように、いろいろやっていただけたらいいなというふうに思っております。

それから、もう1つ最後に、これ意地悪ではないんですけれども、事務局も変わられてまして、第1回目ということで、なかなか大変だったと思うんですけれども、今日も書類がお昼直前にまいりまして、私、今日は午後から外来なんですよね。慌ててそのコピーを取ったり、いろいろして、すごい時間を食ったんですけれども、ぜひこれからの御連絡は、もうちょっと早めにお願ひできたらということ。

この3点目はちょっと言い難かったんですけども、ちょっとうずうずしてましたので、言わせていただきました。どうもありがとうございました。

○有賀座長 ありがとうございます。

最後の部分は、私も全くそのとおりで、移動中に資料が送られてきて、その前にも少しもらっていたんですが、やはりリバイスされていますので、一番新しいのを見たかったので、ちょっと苦労したということがございます。

それから、篠原先生、最初に言われた、パブリッシュされる部分については、事務局のほうに、こういうのが出たよというふうに言っていただいて、事務局から一気に情報を流していただくといいですよ。

○篠原委員 分かりました。

○有賀座長 じゃあ、事務局、どうぞよろしくをお願いします。

○篠原委員 分かりました。どうも。

○有賀座長 ほかにございますか。

東京消防庁から何か、コロナと脳卒中でも何でもいいんですが、何かコメントはございますか。瀧澤さん、何かありますか。

○瀧澤委員 特に脳卒中に関してはないんですが、森村先生等にデータをお渡しするときに、心肺停止例はちょっと増えているよねというような、有意な差があるよねというようなデータを森村先生が集計されたという経緯はございます。

○有賀座長 もう一回言ってください。

○瀧澤委員 心肺停止患者、つまり脳卒中ではない、さらに進んでいるんですけども、心肺停止患者は、コロナの感染が拡大しているさいでは、心肺停止患者が増えているというデータは日本で見つかっています。

以上です。

○有賀座長 なるほど。分かりました。

ほかにございますか。

また東京都医師会に振っちゃって申し訳ないんですが、新井先生、コロナ絡みで何か発言しておかないといけないことはございませんか。

○新井委員 私よりも横田先生のほうが、コロナと救急だとよく分析されていますので、横田先生に振っちゃいました。

○有賀座長 横田先生。

○横田委員 先ほど有賀先生が昨年調べたとおりの状況が、三次救急でも二次救急でも起きています。まさに数値こそ違うんですけども、二次救急の応需率が、三次救急の応需率は、まさにこの脳卒中のトレンドとリンクしているというふうに思います。

そういう意味で、コロナの影響というのは、特に救急関係の多疾患に及んでいて、その背景というのは、救急の部門でコロナがかなり対応されているというのも恐らく背景にあるのかなと思って、このデータを見ていました。

以上です。

○塩川委員 塩川です。1つよろしいですか。

○有賀座長 はい、お願いします。

○塩川委員 コロナと救急の話については、脳卒中学会でコロナの対策プロジェクトチームをつくって、その責任者が、私どもの杏林の脳卒中医学の平野教授なんですが、一つだけ言いますと、都道府県別で、コロナの累積患者数と、それから、都道府県の一次脳卒中センター、これが前後……、それが要するにパラレルになるんですね。要するに累積患者数が多くて、病院の業務が増えてくると、脳卒中の救急制限も増えてくるという、そういう結果が、これは一般では新聞なんかにも出していましたので、やはりコロナは心臓だけじゃなくて、脳卒中の救急にも影響していたという、そういうデータがあります。

○有賀座長 はい。

○新井委員 有賀先生、1つ追加してよろしいですか。

○有賀座長 お願いします。

○新井委員 脳卒中じゃなくて、CCUネットワークからの1年間の情報もありまして、それですと、2020年、コロナの流行していたときは、急性心筋梗塞が病院にたどり着いた症例は、実はその前の年よりも減っているんですね。

12か月間でずっと減ってしまっていて、それが何で減ったのかというのが人流なのか、本当に発症が少なかったのか、病院にたどり着けなかったのかまでの分析はできていないんですけども、先ほど瀧澤さんがちょっと言っていました、病院で心肺停止が増えたというのは、もしかすると、それが含まれているのかもしれないというところで、ちょっとこれから少し調べないといけないといったところです。

○有賀座長 だから、心臓も脳も、みんな割を食っているんですね。

○宮崎委員 宮崎ですけど。

○有賀座長 お願いします。

○宮崎委員 東京北医療センターの宮崎です。

ちょっと現場での体感というかなんですけど、脳卒中の選定で、意識障害というのがちょくちょく見られて、それが発熱による意識障害ということがよくありました。結局コロナ患者とかですね。あとは、実際に脳卒中だとしても、やっぱり熱が出ているとかいうことで、ほとんど選定困難ということで回ってくるが多かったと思います。

あと、急性期の病床そのものがコロナの病床に取られていて、かなり少なくなっているのと、クラスターをあちこちで起こしているの、そういうので、救急全体が下がってきていると、応需率がですね。そういったことによるものじゃないかなというふうに、現場では思っています。

以上です。

○有賀座長 ありがとうございます。

というふうなことで、これから、それぞれのお立場で、少しずつまとめながら、歴史に本件を残していくと。いずれまた似たようなことが何年かたって起こったときに、困らないようにしていくというのが、今生きている私たちの仕事かもしれません。

ということで、コロナの話はここら辺でよろしゅうございますよね。基本的には、したがって、感染の拡大は、第4波がどうかという話もありますけれど、いずれにしても、そういうふうな状況について、皆さんで話をお互いに共有したというふうなことでよろしいと思います。

事務局におかれましては、大変だとは思いますが、引き続き都民のために御尽力くださいますことを切にお願い申し上げます。

ということで、次は報告のほうへ移っていきたいと思います。

報告1、これも報告なので、令和元年度東京都脳卒中医療連携推進事業の取組ということで、説明くださいませ。

○事務局（剣持） 令和元年度東京都脳卒中医療連携推進事業の取組につきましては、資料5を御覧いただければと思います。今、画面に投影してありますものでございます。時間の関係のため、説明は割愛させていただきます。

また、脳卒中の発症時の対応についての普及啓発のポスターがございまして、平成21年度に設置した、普及啓発検討部会において御検討いただいたものでございますが、こちらについて、先日、銭湯を経営されている方からお礼の電話がございまして、銭湯にポスターを掲示していたおかげで、体調が悪くなった方が、早期に適切な治療を受けられて、後遺症もほとんどなく回復できた。ポスターの内容が分かりやすく、的確な判断へとつながったとのことでした。これを受けて、今年度も本ポスターを増刷し、改めて配布することといたしました。

また、続いて、資料6につきましては、二次医療圏別に実施していただいております検討会や、普及啓発医療連携の取組の昨年度の実績となっておりますので、御覧いただければと存じます。

報告は以上でございます。

○有賀座長 今の後ろのほうの報告は、この報告の（2）でいいんですよね。

○久村課長 はい、そうです。

○有賀座長 了解しました。

ということで、脳卒中医療連携に関するアクティビティについての御報告をいただいたということになります。

これについて何か。

さすがにやはりお風呂屋さんに貼ったというのはよかったのかもしれないね。

特になければ、今日の議事、並びに報告については、無事終了ということにしたいと思います。

事務局から何かありますでしょうか。あれば、事務局の御発言をいただいて、閉会と

いうふうなことにしていきたいと思います。

よろしく申し上げます。

○久村課長 ありがとうございます。

まず、すみません。資料送付のほう、本当に遅れてしまいまして、申し訳ございませんでした。以後は早め、早めの対応を心がけたいと思います。

それから、本日におきましては、御意見を賜りまして、まず、調査のほうはワーキンググループの先生方と御相談させていただきながら進めていきたいと思っております。

また、循環器の推進計画につきまして、研究の話もいただきましたし、その他、御意見をもらいましたので、そういったものを今後の検討の中で生かしてまいりたいというふうに思っておりますので、引き続きよろしく願いいたします。

それでは、以上で、今年度、第1回の脳卒中医療連携協議会を終了とさせていただきます。本日はお忙しい中、誠にありがとうございました。

(午後 8時10分 閉会)