

第 1 回

東京都脳卒中医療連携協議会

議 事 録

平成 2 7 年 8 月 1 9 日

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課

(19時00分 開会)

○新倉課長 それでは定刻となりましたので、ただいまから平成27年度第1回の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。委員の皆様にはお忙しいところ本会議に出席いただきましてありがとうございます。私、東京都福祉保健局地域医療担当課長の新倉と申します。議事に入るまでの間、私のほうで進行させていただきます。着座にて失礼いたします。

まず初めに本会議の公開についてご説明いたします。本協議会につきましては規定によりまして会議、会議録並びに会議に係る資料について原則として公開としてございます。ただし、出席委員の過半数で議決した際は、それら非公開とすることができます。

本日につきましては公開とさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

また、本日は傍聴希望者につきまして既に傍聴を許可しております。また、会議の冒頭、議事に入るまでの間、カメラでの撮影を許可しております。どうぞよろしく願いいたします。

次に、会議資料の確認でございます。会議の次第でございますとおり、本日資料は資料1から資料6、そして参考資料1と2、さらにそのほかに普及啓発用に昨年度作成をいたしましたクリアファイル並びに本日、有賀会長から提供いただきました参考資料を机上配付させていただいております。

まず、それでは本日の委員の出欠状況についてご報告いたします。本日欠席のご連絡をいただいておりますのが、新田委員、そして石原委員、2名でございます。また、本日、井手委員の代理といたしまして花川様にご出席をいただいております。

次に、今回の会議で新たに委員にご就任いただいた方につきまして紹介をさせていただきます。お手数ですが、資料1の協議会の委員名簿をごらんいただきたいと思います。

番号でいきますと3番のところ、都立広尾病院、吉田委員でございます。

次いで番号でいうと5番、日本大学医学部附属板橋病院、木下委員でございます。

次いで12番、東久留米市医師会会長、石橋委員でございます。

少し下へいきますと23番、東京消防庁、安田委員でございます。

24番、同じく東京消防庁、宮野委員でございます。

26番、行政関係でございます。港区、吉田委員でございます。

多摩立川保健所、早川委員でございます。

福祉保健局医療政策部長、西山でございます。

同じく福祉保健局医療改革推進担当部長、成田でございます。

なお、本協議会の会長につきましては有賀委員に、会長代理は高木委員に引き続きお願いをさせていただいております。ご了承願います。

そして本日夜の会議となっております。お席にお茶と軽食を用意させていただきました。ぜひ、召し上がっていただきながら会議を進めてまいりたいと思います。

それでは、これからの議事進行を有賀会長にお願いしたいと思います。どうぞよろしくをお願いします。

○有賀会長 先生方には1日の最後にまた会議という感じになってございますが、手短かに要領よく進めていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

本日の協議会の次第を見ますと報告が三つ並んでいまして、その後、本格的な議事があります。まずは報告からお願いできますでしょうか。

○新倉課長 それではお手元の資料3をごらんいただきたいと思っております。

まず、報告事項の(1)でございます。平成26年度、昨年度の東京都での取り組みでございます。1番といたしまして普及啓発の取り組みでございます。(1)に脳卒中週間での啓発といたしまして、昨年度は「広報東京都」、新聞の折り込みで各家庭に配布されるものでございますが、そちらに脳卒中に関する記事の掲載をすることができました。実は「広報東京都」、非常に競争率が高くて、一昨年、25年度はエントリーするも、なかなか掲載ができなかったというところではございましたが、昨年度は掲載をすることができました。

そして(2)インターネット活用した普及啓発、東京都福祉保健局ではtwitterの運用をしております、そちらのほうでも各取り組みのPRを行っております。圏域別の取り組みについては次の資料で説明をいたします。

(4)は昨年度新たに取り組んだところでございます。本日、お配りしているクリアファイルの作成のほか、普及啓発のチラシということでA4判のペラ1枚の資料、ちょうどファイルと同じ、それを紙にしたものでございますけれども、そうしたものを活用しまして普及啓発に取り組みました。①としてチラシの配布先ということでは、都内の郵便局、並びにウォーキングフェスタ等の各種スポーツの関連のイベントなど、こうしたところでの配布を行いました。②のクリアファイルでございますが、こちらはどちらかというと若年層向けに普及啓発に取り組んだということで、そちらに記載のあるとおり、東京マラソンのEXPO、また大学ラグビーの試合会場でも配布をさせていただきました。あわせて都内の都立、私立、そして国立も含めた全部の高校に対して、各10部ずつだったのですけれども送付をいたしまして、その後の活用を検討いただいているところでございます。

そして(5)も昨年度、新たに取り組んだものでございます。電車、バスなど公共交通機関での車内広告の実施でございます。都営三田線、そして都営バス、東急バス、京王バスにおきまして、平成27年の1月の中旬から2月の中旬まで約1カ月間、広告を掲載いたしました。

1枚おめくりいただきたいと思っております。2番として地域連携の取り組みでございます。例年、東京都で開催しておりますパス合同会議、昨年度につきましても全3回実施させていただきました。各回とも500名近くの参加をいただきまして、実施したところでございます。

次に資料4をごらんいただきたいと思います。こちらが本日の報告事項の(2)の部分でございます。各圏域における取り組みをまとめた資料となっております。それぞれ圏域の事務局の方には大変ご努力いただき、取り組みを進めていただいたところがございます。ごらんのとおり、各圏域ごと、圏域別の検討会の開催並びに医療従事者向けの研修会や講習会、さらには都民向けの公開講座など、資料記載のとおり、さまざまな活動を活発に行っていたところがございます。

簡単ではございますが、報告事項(1)(2)については説明以上でございます。

○有賀会長 どうもありがとうございます。(1)と(2)について、今ご説明を賜ったのですけれども、(1)についてのご質問ございますか。こんなことをやったという話なんで、特によろしいですね。

(2)は、圏域ごとの整理された資料が皆さんのお手元にありますが、それぞれの圏域で、特にこれは知っていてほしいということを含めて特別発言がございましたら挙手をください。

よろしいですか。じっと見ていて、また後から気がついてご質問されるという話はあると思いますので、さっさと先へ行って、最後にまたというようなことにしたいと思います。では先に進みたいと思います。

次が報告の(3)になりますよね。普及啓発についてお願いいたします。

○松尾課長代理 それでは資料5「脳卒中の早期発見及び予防に関するシンポジウム」をごらんください。脳卒中に関する普及啓発についてでございます。先ほどの資料3のとおり、平成26年度に行ったチラシ、クリアファイルの配布やポスターの車内広告に続きまして、27年度は最新の治療法、予防、それから著名人による体験談の3本の基調講演を内容とするシンポジウムを開催いたします。

開催概要です。日時は本年の12月12日土曜日、午後2時から午後5時まで。会場はこの建物の5階の大会議場でございます。対象者は一般の都民で、募集定員は400名。

内容でございますが、題名はまだ全て仮でございますが、一つ目の基調講演は「脳卒中に関する現状と最新の治療法について」として虎の門病院・脳神経血管内治療科部長、松丸祐司先生により、脳卒中とはそもそも何なのか、最新の治療法の紹介を講演していただきます。

二つ目は「脳卒中を防ぐには」として、杏林大学病院脳卒中センター副センター長の平野照之先生により、脳卒中の予防の重要性、予防方法、食生活や運動等の紹介をご講演していただきます。

そして三つ目は「脳卒中の経験を持つ著名人の方に体験談」をお話していただきます。テレビ東京アナウンサーの大橋未歩さんより、脳梗塞を発症した時の状況と対応、その後の治療、発症したところで改めて感じたことなどを講演していただきます。

以上でございます。

○有賀会長 どうもありがとうございます。この大橋さんというアナウンサーの方の主治医が松丸先生であったという話ではなかったんでしたっけ、ですよ。

○松尾課長代理 はい、そのとおりでございます。

○有賀会長 そういうめぐり合わせで、こういう景色になっているというふうに私は理解いたしました。

本件について何かご質問ございますか。これは東京都の事業として、このようなことをやっていきますという話なんで、当日は都民の方が数百名みえるようですが、サポーターがいてもいいんじゃないかということもありますので、このこともまた何か気がついたら後で発言することがあってもいいということにしましょう。

では、きょうのメインテーマになりますが、議事「脳血管内治療について」ということになります。現状、私たち東京都の脳卒中医療連携協議会でやってきたことは、t P Aについて脳卒中AとかBとかという、ああいう基本骨格をつくってきたと。それに関連している東京消防庁から見れば、脳卒中のように見えて実は違ったとか、実は脳卒中ではないと思っていたんだけど脳卒中だったということも含めた研究というか、疫学的な考察なども含めてやってきたわけです。そこで、血管内治療については、それぞれの施設がそれぞれやってみているだろうということなんですが、東京都全体として体系的にどういうふうにしていこうかということは、まだ議論はされてこなかったもので、きょうは先ほどのシンポジウムの真ん中で出てくる杏林大学の脳卒中センター、それを仕切っている塩川先生が資料を使って、少しく説明を賜るということになっていますので、資料6をあけて、塩川先生に少し講釈を賜るとこんな形でいきたいと思います。早速お願いします。

○塩川委員 皆さんこんばんは。杏林大学の塩川でございます。今日はお時間いただきましてありがとうございます。

私は今、有賀先生に御紹介いただきましたように杏林大学で脳外科と主に脳卒中をやっているのですが、今回、この医療連携協議会で取り上げてほしいといひますのは、一言で申しますと、この2～3年、脳血管内治療が非常に進んでまいりまして、今の状況もちろん救急隊の方を初め、大変よくやっけていただいているのですが、時代の変化に合わせた体制を考えるとときにあるのではないのでしょうか、というのが今日のお話のストーリーであります。

資料の6をご覧ください。大体スライドが17～18枚で約15分くらいお時間をいただきまして、血管内治療が進んだけれども、東京はやはり巨大な街でありますので、その中で、現場からこういうことをやってほしいということを申し上げたいと思います。

有賀先生のお話もありまして、私がこの脳卒中医療連携協議会に入れていただいたのは、少しこれが動き始めてからです。スライドの2枚目で、とにかくt P Aという薬は、詳細は当然皆さん御存知だと思うのですが、これが出て、そのころ、日本の脳

卒中診療の中で特に東京都が一番遅れているのではないかと、いろんな著名人とか政治家の方々とか、脳卒中にかかれた時の診療状況が甚だ心もとないと指摘されていました。

それで、日本ではまだ認可される前の2004年ぐらい、ガイドラインではこのtPAを使うようにしましょうと言っているのですが、これが絵に描いた餅みたいなことになっていた時代をへて2005年に認可されました。この医療連携協議会は、2007年ころ、流れとしてtPAが出てきて、巨大都市東京で脳卒中救急診療を何とかやろうという機運にさせました。今有賀先生がおっしゃられたような、救急搬送体制の運用を後ほど簡単に復習させていただきますが、それが2009年ごろからありまして、血管内治療すなわち血管の中からほかの心臓とかおなかの臓器と同じで、基本的には足の付け根、大腿動脈というところから細い管を入れて、それが脳の中まで行って血の塊を回収するというような道具が出始めたのが2010年ごろです。血管内治療の道具が出てきたのが2010年ごろで、ちょうど今ご説明しているのはスライドの2番ですが、東京都の脳卒中の救急搬送体制、先ほど有賀先生が、救急隊員が脳卒中ありとしたものが本当にそうなのかどうなっているのか。これを2回実態調査していたんですね。最初はカレンダー方式で、その後、端末の方式になりまして、先生方もご存知のように、二回の実態調査の集計も2011年ごろやっていたわけです。2012年に東京都の保健医療計画も策定されて、大体このtPAが出てからの今の体制が築かれたわけです。

その後、この血管内治療は2013年ごろぐらいから行われましたが、使ってみたけれど、うまくいかないんじゃないかというのがホノルルで発表されて、特に脳卒中をやっているメンバーががっかりするような無効とする報告が多かったのが、ホノルルショックと言われています。2014年後半から、新しい道具を使用し、適切な患者さんをそういう治療ができるところに迅速に運ぶというようなことをやると、諸外国では非常に成績がいいことが判明しました。それがナッシュビルという町で発表されたので、ナッシュビルホープと呼ばれるようになりました。こういう時代の変化、動きがありまして、この会も今年、平成27年、本日開催していますが、去年の平成26年は、たしか御議論いただくべき大きな案件がないというので開催されなかった経緯があります。確かに去年はまだ血管内治療の評価が定まっておらなかった。今日のお話のストーリーとしては、先ほど来お話があったtPAをきっかけに動くようになった、東京都のA選定、B選定の体制、特にA選定の中でいろいろな現場の習熟があり動くようになったのですが、そこには限界があると多くの関係者が感じるようになった。その限界の部分をしりぞくには、血管内治療が使えるような体制をどういうふうにするか東京都で導入できるのかと、そういう問題提起が本日のストーリーであります。

それで、めくっていただきますと、東京都の報告書の中でも書いてある、医療連携

協議会のできるいきさつをお示しします。その当時は左側のメディカルコントロール協議会と幾つかの会で、とにかく関係者が集まって、当時は4疾病でしたけれどもアンケートをやろうと。そして右側にありますが、特に脳卒中連携の中ではもちろん救急診療体制が大事なのですけれども、その後、今お話しがありました連携パスのお話であるとか、啓発活動とか、主に大きく三つの活動を連携協議会がやっていくことになりました。そういうところで、ここ数年は、2番目の連携パスの会議などは年3回、保険診療の対象にもなっていますので、多くの施設の関係者が来られて、それなりに動いていると思います。ところが、この救急診療の部分は、今どこに問題があるかと、そうしてそれを解決する方法の協議する必要があることが喫緊の課題となってきました。広い目を見て、どういう解決の方向性があるかということをお話させていただきます。そして、今のA選定の認定基準というのは、細かなことはよろしいのですが、結局tPAが使えるために、そこにスタッフがいたりとか、検査がいつでもできるとか、リハビリがすぐ始められるとか、それから薬の副作用もありますから、脳外科医も常にいたりとか、という施設の認定基準が全国で作られ、これに準じた東京都の基準も作成されました。

それで次はスライド、配付資料の3ページ目になります。これは救急隊員の方に、250ぐらいの救急隊が東京にありますので、脳卒中の患者さんを判断していただいた結果です。これはFASで顔とアームとスピーチで手と腕、言葉ですね。そのようなこと脳卒中の疑いを持ち、医療機関をAとBに分けて、Aは24時間以内に早期治療ができると、そして当時は159施設。今日の配付資料の参考資料1だと164と書いてありますが、現状ではtPAが実施できているのは、そのうちの115ぐらいです。大体tPAの治療はできるようになったのですが、まずどうかということをお話しますと、tPAについては、現場にいらっしゃる方はおわかりだと思うのですが、これはやはり時間が大事なのですね。ですから杏林でも、少なくとも三つぐらいの作業を同時にして、そして点滴をしたり、お話を聞いたり、同意を取得したり、検査等があるんですが、大事なことは、大体これは60分以内ぐらいに病院に来られてからフットワーク軽くやらなければいけないのです。ですから東京の百数十施設は素早く点滴ができる。そしてtPAのお薬をこうやって、その後もやっぱり諸刃の剣でありますので、出血等があったりしてはいけませんし、そういうこともちゃんと見られる経験が蓄積されています。つまり最初は発症3時間以内に治療を開始できるということが東京都全域でほぼ行われたわけですね。

世界的に見るとどういふ話かということ、これはプライマリーストロークセンターと申しまして、一言で言えばtPAと急性期のリハビリができる施設を指します。ちょっと横文字で恐縮ですけれども、脳卒中を診る診療集団がいて、病室があつて検査の機械があつて、心臓の評価もできてリハビリもできるというものです。非常に大ざっぱな数字ですが全米に900カ所、アメリカは日本の人口の倍いますので、半分の4

50で、東京は人口一割とすると、45とか50カ所ぐらいが近い数字と想定されます。そうすると、今、東京のA選定施設が110とか115ぐらいというのは、tPAが導入されて、今まで有賀先生がお話されたような主導で作られた東京都の体制というのは、国際的な目でみてもプライマリーストロークセンターに近いものを誘導したのにほぼ近いのですね。ですから国際的にも正しい方向にもちろん行っていると思うのですが、tPAというのはいい話だけではなくて、この棒グラフは、お薬を投与して、橙色の部分が元気に歩いて帰ったと。水色の部分はちょっとお手伝いが必要けれど、プラセボ治療の真ん中辺の何もしないよりも治療するといいいのですけれど、予後良好例である橙色がせいぜい3分の1ぐらいなんですね。これは治療した人の3分の1ですし、この治療になるまでも3時間、今は4.5時間に延びましたが、脳卒中全体から見ると治療を受けられる人が非常に熟練した施設で脳梗塞の一割程度といわれていますので、脳卒中全体から見ると、まだ非常に少ないのです。要するに、tPAは魔法の薬と最初は言われたのですが、効く人も限られているし、それから効果も限定されているということになります。

それで、これも今までの復習みたいになりますが、先ほどの救急搬送の実態調査というのが2回されたのですね、平成22年と24年で。これは1週間の脳卒中と思われる患者さんの診療の状況を調べたもので、さすが救急隊の調査は100%の回収率で、それぞれ約一万人ぐらいの患者さんが登録されました。ただこれで注意しておく必要がありますのは、東京都の場合ですと三次救急という重症な方を直接これには入っておりません。そして細かな御説明は今日の趣旨としてはよろしいのですが、今の体制でも、例えば救急隊が脳卒中であると思って脳卒中だった率が6割ぐらいで、脳卒中でないと思って脳卒中でなかった率は非常に高いことがわかりました。本当に脳卒中であった患者さんが本当に脳卒中と診断された率が7割から8割。これは非常によくやっけていただいております。もう少し小さな地方公共団体ですともうちょっとこの率が高いところもありますが、脳卒中でないものを脳卒中でなかった率も非常に高い結果でした。ということで、今の体制でも一定の成果はもちろんあると思うのですが、選定回数の話とか、脳卒中患者さんを運ぶのは病院前、プレホスピタルの話ですので、いろいろ検討されていてよろしいのですが、先ほどのtPAもそうですが、血管内治療も進歩していて、治療開始までの時間が大事なんですね。そうすると、いろいろ書いてありますけれども、見ていただきたいのは、発症してから患者さんが119番をして、救急隊がそこに行って様子を見て病院に連れてくる経緯です。発症から病院に来るまで、この部分がやっぱり1時間半ぐらいかかっているんですね。ここを何とか短縮したいというのが脳卒中の現場の、特に血管内治療ができるところでの最大の関心事です。ただ、これがひとり暮らしの人であるとか、地理的にそばに医療機関のない多摩の奥のほうとかですと難しい問題がいろいろありますけれども。

これは実態調査が2回あったうちの1回目がカレンダーの運用、2回目が端末で、

あんまり基本的に大きな変化はないですが、1時間半ぐらいかかっています。この1時間半ぐらいというのを頭の片隅に入れていただいでください。東京都の実態調査ではtPA治療にたどり着いたものが1割ぐらいでした。そうすると先ほどお話ししましたけれども、tPAがもう効かないとわかっている患者さんがいるのです。これは血管の場所で、詳細は省略しますが、tPAが効く場所は中大脳動脈というところで、効かないのは内頸動脈ということで、ここはもう初めから効かないのがわかっているのです。今、世の中のルールでまずtPAやって、しかし、もう効かないのがわかっているときに、今日は動く絵はありませんが、血管内で血栓を回収する新しいカテーテルができたのです。このスライドは登場の順番になっていて、特にこのステント型リトリーバーと呼ばれる新しい道具では、あみあみの部分が血液の塊をとってくるのです。先ほど冒頭でお話ししたように、最初の古い道具のころはホノルルショックと言って、結局こういうことをやってもだめなのかという時代が少しありましたが、こういう道具が出てきてはじめて、患者さんの中で治療対象となる方を選んで、ちゃんと早く血管内治療ができる施設に連れていければ、よい成績が出るのです。もちろん医療資源は十分足りているのかと言われるとそれは別の話で、なかなか足りていないところもあるのですが、こういう新しい道具が出てきて、その治療結果が去年の暮れから今年の初めぐらいに発表され非常によい成績を上げていてセンセーションをまきおこしました。この小さな絵が並んでいるスライドは何かと申しますと、ヨーロッパとアメリカで幾つかの治療結果が出されたそのまとめです。詳細は別によろしいのですがtPAだけやった群と血管内治療、特にステント型リトリーバーを使った群と比べてみると非常に後者でよろしいと。ただ、よろしいためには時間経過が大事なんですね。先ほど発症から病院に連れてくるまで東京都の現状で1時間半とお話ししましたが、最近の発表で治療成績がいいのは、発症からtPAを打つまでが1時間半から2時間ぐらい、それからカテーテル治療が行われ、結果的に発症から再開通までが非常に短いことが重要であると、こういう時代に去年の暮れぐらいからなってきたと言えます。そうすると、とにかく再開通まで短い時間でやるのが重要なのは理解できるとして、医療資源は限りがあり、実際現場では、我々のところもフットワークのなかなか重たい大学病院だったのでこういう水準で治療をするのは実は大変なのです。この点について脳卒中急性期の現場では七つのDと呼んでいます。最初に発見したのがディテクション、発見してから救急隊が出発して（ディスパッチ）、それから運んで（デリバリー）、病院に着いたらドアとなるわけです。病院に辿り着くまでは医療機関側からすると病院前、プレホスピタルの話でありますので我々の努力で何とかなる問題ではありません。発見してからとにかく早く119番に連絡してもらうのは都民啓発の話になります。脳卒中と思ったらすぐ119番といった、そういう標語を毎年出していただいでいます。それから救急隊が到着してから、これは怪しいぞと、すぐに脳卒中の専門治療ができる病院に搬送するというプレホスピタルの話で、

今の体制でも既にお話ししましたように一定の成果あるのですが、ここを時代に合わせたところに変えるにはどうしたらいいかということ、本日はぜひご審議していただきたいんですね。病院にたどり着いてから、これはドアですけれども、患者さんに話を聞いて画像の検査（イメージ）をしますけれども、このドアからイメージまでとか、ドアから点滴の針を刺すニードルまでなど、来院後のそれぞれの段階に応じた時間を細分化して短縮する努力を多くの脳卒中急性期治療施設では行っています。

さっき t P A のところでお話ししたように、病院に入院してから 1 時間で、今はもっと短くと言われていますが、t P A の治療まではたどり着く、この当時は 1 時間でしたが、最近はまだ早く行く必要があると言われていています。杏林大学は脳卒中センターをやっていますが、もともとはフットワークの重たい大学病院ではあったのですが、患者さんが来た順に、このグラフでそれぞれの所用時間が示されています。病院到着の時点で引いた棒から左は我々からはいかんともしがたい。すなわち発症から病院に来るまでのプレホスピタルの話ですが、それから来院後の時間、すんなりいく人もいれば、御家族がいないとか、あるいは多様な問題があって、検査で時間がかかるとか様々です。いろいろやっていますけれど、なんとか来院後の時間を短くしようと、脳卒中をやっている施設では今、全国的に取り組んでいるのです。そしていろいろな作業を見直して、なるべく簡潔にやるようにしよう、そんなことを病院の中でやっています。病院のドアから前、プレホスピタルの部分は、特に救急隊員の方やあるいは啓発活動が必要な部分だと思います。

このスライドは、急性期の血栓回収をやっている施設がなかなかわかりません。大きな赤丸は、先ほど紹介があった松丸先生のところで、血管内治療の業者に聞いてもらった現状です。週に 1 回か、それ以上ぐらい日常的に血栓回収している施設を大きな赤丸で示しています。もう少し低い頻度だけれど、血管内治療をやっている施設も 2 3 区内はそれなりに大体あるのですが、多摩地区は非常に少ない。今はこういう状況ではありますが、治療ができるところに目がけて、患者さんを限られた時間の中で集めるようなことをぜひ実現させたいというのが、現場の意見です。この考え方は、国際的に見るとこれも横文字で恐縮ですが、包括的ストロークセンターと呼んでいます。先に述べた t P A 実施可能施設はプライマリーストロークセンターでした。このような組織変性はまだ日本の中でもどういうものか、いろいろな議論はあるのですが、国際的にも t P A の急性期リハビリができるプライマリーストロークセンターと、脳外科と内科とそれから血管内治療ができる、いろいろな検査ももちろんすぐできている。それから管を入れて溶かせばいいと、血栓を回収すればいいというだけじゃなくて、いろんな集中治療もできる、これらの治療状況をフィードバックして見直しもできる登録事業もするという、こういう組織を包括的ストロークセンターとイメージしていますが、まだ学会側でも医療機関側でもでき上がっているわけではありません。次の段階の診療体制は現状の脳卒中救急体制を引き継ぐような形で、有賀先生の言わ

れる水平飛行というお言葉が確かに実現性があると思います。

まとめますと、現状の体制はなかった時よりはいいのですが、10年前はよくても、今の状況からすると、もう少しいい方法があるのではないかということです。tPAも限界がありますし。新しい血管内治療で好成績が出ているのですが、これは啓発活動の強化や、血管内治療ができる施設と搬送体制の改善、こういうようなことの見直しを今やっていただく時期であるということをお伝えしたいのです。

そして、確かに医療資源の充足度や血管内治療ができる施設や先生方は数も限られていますので、いろんな整備をする必要もあります。ですから、いきなり救急隊の方に、血管内治療の必要な患者は医者でもすぐにはわかりませんので、まずは今の体制をそのまま運用して、救急隊により評価された脳卒中疑いの患者さんは現状どおりA選定の施設で運んでいただくことは変わりありません。、A選定で運ばれた施設でも、先程話したようにプライマリーセンターではあるが血管内治療ができないというところが相当数あります。今後の案としては、そこで医師が、迅速に血管内治療が必要な人はプライマリーストロークセンターから包括的脳卒中センターに転送する体制を構築することが必要です。、新たに構築された体制を維持・改善するには定期的な見直しもそうですが、そういう一つ進んだような段階にして、さらに次に、二段階でそんな患者さんは間に合うのかと感ぜられる方もあると思うのですけれども、そういう体制が十分、周知されたところで、救急隊の方から包括的ストロークセンターへ直接の搬送というのものもあるかもしれません。繰り返しますが、まずは今の体制の中で、時間が急を要する脳卒中の方を通常のA選定施設に連れて行っていただくわけです。その中で今、ドリップ・アンド・シップとあって、治療しながら血管内治療ができるところに患者さんを搬送するなんてこともやっていますので、そういったことをして二段階的な運用ですが、脳卒中の新しい救急体制を構築するのがよいと考えています。これは狭心症や心臓、スーパー周産期等でやっていると聞きおよんでおります。ほかの領域でも類似のシステムがあるように聞いているのですが、そういうようなことを脳卒中でも考えていただく時期ではないかと思ひまして、今日は少し時間を延ばして報告させていただきました。どうも御静聴ありがとうございました。

○有賀会長 どうもありがとうございました。tPAのころから見て、時代が進歩してきているので、私たちの仕組みも進化しなくてはいけないだろうと、こういう話なんだと思います。二段階とおっしゃっていますが、そういうふうにAに行ってからスーパーAに行くのかとか、いろんな議論がこれから出ると思うのですが、そこら辺は少しじっくり考えなければいけないなど。

とりあえず今の発言に何かご質問等ございませうか。高里先生が少し説明を加えてもいいんじゃないかとさっきおっしゃっていましたので、できれば。

○高里委員 我々も2012年の後半ぐらいから、実はガイドメをつくって、13年に発行したのですが、推奨レベルがまだC1でしたよね、そのころは。でもやりましよう

ということで、ドリップシップ・アンド・リトリーブをやっていたんですね。その次の年の2月でしたっけ、ホノルルショックがあって。あまり芳しくなくて、あまり連携が多くなかったのです。先生やられた時間系列で見ると、2014年の12月からことしの2月と4月、五つ、すごいエビデンスの高いレベルが出まして、それを見ますと、モディファイド・ランキン・スケールは倍ぐらい違うんですよ。1.7からいいやつは4.2まで。そうすると脳卒中ガイドライン2015は、今回のデータが出る前ので文献をやっていますから、やっぱりC1のままなんだと思うんですね。最近、脳卒中学会と脳神経外科学会と血管内治療学会が、こういう機器の取り扱いのガイドラインを出しました。それにはちょっとレベルが上がってきて、その根拠は、アメリカの2015年のAHAのガイドラインが既にリコメンドAになっているんですね。エビデンスレベル1になっちゃうと、今グローバルですから、それがずっと続くとする、そういう治療をしていないといろいろ責められる可能性がありますよね。例えば、一酸化炭素中毒に高圧酸素をやらないとか、蘇生後脳症に低体温療法で脳の蘇生を図らないとか、責められる時代になったのと同じように、いっちゃう可能性があるんで、先生のきょうのご提案は時宜を得ているなと私は思うんですが。

問題は患者さんの移送とか、先ほど先生が言われたドリップシップ・アンド・リトリーブに持っていくときの患者さんの移送の問題とか、現状の救急隊も症例がどんどんふえている中で、いろんな混乱を起こさないかということと、それを受けた後に落ちついた人とか、悪い人はそこで責任もって見るしかないと思うんですけど、そうじゃないときの連携で返す話とか、もうちょっと包括的に見ないと、医学的にいいよねだけで実際の医療が動くかという、その辺が少し、きょうはいいチャンスなんでディスカッションできればいいなと思って。基本的に医学的にはいい議論になっちゃうんで。

○塩川委員 確かにガイドラインでいいからやらないと責められると、そういう時代であるかもしれませんが、医療資源には限りがあります。日本の国のレベルで見ると、tPAの場合、4時間半までに医療機関にたどり着けないような方が、ちょっと正確な数字ではないですが、面積でいうと日本の2割、3割ぐらいはそういうところがあります。東京は逆に言うと直近の医療機関まで、西多摩の奥のほうとか一部を除くと、かなりの医療機関まで短時間で行けますの。時間の問題としては、高里先生おっしゃられるように、世の中にこういう治療があるのであれば、少なくともそれができる体制を目指していくことは必要だと思うんですね。

それと、最近になって我々も近隣の比較的大きな病院から、これはtPAじゃ効かないとわかっているの、杏林でやってくれと、要するに点滴しながらドリップシップで、血栓回収をやってくださいという患者さんの依頼を受けることがすくなくあります。しかしながら、時に当院に来られて評価してみると、ちょっと遅かったという場合もあります。しかし、そこで患者さんにまたもとに帰ってくださいとは当然言えません。これは治療する医療側もそうですけども、啓発活動で患者さん側にも、脳卒中の新しい血

管内治療ではある病院から患者さんを搬送する必要があるが必ずしもすべてでうまくいくとは限らないというコンセンサスも構築する必要があります。運ばれる患者さんや、そのご家族はいいことがきっとあるに違いないと思われていると思うんですけど、どういふ方を転送ができるか、まだ試行錯誤的な段階と言えます。ただ、そういういい方法があるというのが明らかにされた状況ですので、どういう条件だと血栓回収を目的とした患者転送ができるか、ある期間やってみて、どういうルールを東京都の場合だとできるかなど、そういうことを検討していただく必要があると思います。

○高里委員 追加で言いますと、脳梗塞全てがドリフシップ・アンド・リトリーブの可能性の対象になりませんので、Basilar arteryとICと、プロキシマールM1までですよ。そのほかの症例のほうは末梢のほうが多いですから。だから、実態的にどのくらいの数がいるのかと、そういう調査もやっぱり必要かなと思いますね。

○塩川委員 初期の段階では、少なくとも救急隊の方による判断は難しいと思います。最初のA選定ならA選定搬入され診療した施設で、これはもう自分のところで見ているも脳梗塞の進行を阻止できないという方をまずは搬送する方法が一案と思います。あるいは血管内治療医が患者が搬送された施設に出向く体制でやっているところもあったり、都心のいくつかの施設では、ローカルなネットワークを既に構築されていて、それで迅速にできているのであれば、それは尊重してそのままやっただけのがよろしいと思います。色々な状況に応じたフレキシブルな体制がよろしいんじゃないかと、個人的には思います。

○高里委員 そうしますとtPAの適応と、リトリーバーを使うと、適応が違いますよね。ですから、tPAの適応はないけど、禁忌基準とか適応のあれが違いますので、時間も含めて、その辺がどのくらいあるかというのと、どのくらいの人動く可能性があるか。要するに、ドリフシップ・アンド・リトリーブと思って運んでも、実際は適応ないということもあるでしょうから、その辺のやりとりとか、あと出前サービスみたいなのをやるかとか。

でも、実際は脳梗塞そのものが最寄りのところで診られないと困る。A施設は大事にしなくちゃいけないと思うんですけど。それをプライマリーというか、受けるほうがコンプライヘンスというか、落差があるように見えるんで、私は余り賛成しないんですけど。AなのかA'なのかわかりませんが。その辺の連携が、先ほど言った適応の範囲も違うし、実際、主幹動脈型の人にはどのくらいいるのかとか、推計値を出して、どのくらいできるかをやって、できるところからやっていって、少し問題があったら修正していくとか、そういう話のほうがいいんじゃないかなと。

○塩川委員 推計値の母数はわかりませんが、今、脳梗塞全体が脳卒中の7割ぐらいあるとき、脳梗塞はラクナ梗塞とアテローム血栓と塞栓症が3分の1ずつぐらいであります。そうすると脳卒中の全体の7割、そのうちの3分の1、だから脳卒中全体の約2割ぐらいが塞栓症となりますが、血管内治療の対象となる急性期症例はその一部と思わ

れます。それは先生がおっしゃられるように t P A の適応と違います。ですから業務の量の推計としては、例えば救急搬送については、これは血栓回収の適応を満たす症例に限れば、そんなにたくさんはいないともちろん思います。そこのところはまだ学問的にも、治療する側もコンセンサスをなかなか構築し切れていないところがあります。とにかくそういう対象となる患者さんを転送するという状況のときには、関係する施設で定期的なデータの集約と、それを踏まえたルール of 修正が必要になってくると思いますね。

○高里委員 今、我々は去年の12月から取り組んできて、A施設に、いろんなお話に行くんですけど、まだ知られていない先生方が多いんですね、今回の。半年ぐらいの話ですから。その啓発活動が医者側というか病院側にも必要だということと、もう一つは患者さん用に我々は説明用紙をつくったんですね。やはりAに送っちゃうと、魔法の薬と先生は言われましたけど、魔法の何かいいことが起きるのかと思われても困りますし、患者さんがどういう条件のときには戻っていただくとか、いろんな同意をとって、転送に署名していただくようなシステムをつくったんです。そういうのを議論しないと、悪いことも起きる可能性がありますよね。出血が起こったりとか。それも含めて、いいこと悪いことを言って、どういうときにはまた戻る可能性があるとか、その辺まで同意とって連携をとらないとまずいんじゃないかなと思って、今やっております。

○有賀会長 ほかに何かございますか。

今、塩川先生と高里先生のお話は極めて医学的な観点での話で、今後の僕らの方向性の中で大事な話がたくさん出てきているんですが、実は私、この脳卒中医療連携協議会の会長ということで、t P A のころからいろいろやってきた。僕が出した資料は有賀委員提出という、これは要するにT I A を繰り返した患者さんが脳梗塞になった。それで裁判になって医療側が負けているんですね。あるその筋のプロの先生が、やっぱり裁判の結果がおかしいと。医学的に考えると、この患者さんは脳梗塞になるべくしてなったんだから、t P A がどうしたこうしたという話じゃないんじゃないかときちんと言っているんですね。ただ、裁判そのものは市民のレベルで何百万だか払われている。

僕がこれを持ってきたのは、t P A の話がここで展開するときに、どうしても行政側の方たちの後ろにメディアの方がいて、後ろから鞭でたたくようなことが起こっていたと記憶しているんですよ。要するに、あんたたちがだらしがないから都民がかわいそうな目に遭うんだと言わんばかりのメディアの方たちが後ろにいたような、そういうふうな僕自身の当時の記憶があったものですから、今回は、こういうふうな情報があるんで、絶対やらねばならないとメディアの方たちから妙に押されるようなことがないように、医学的なことをきちっとやっていこうということがあって、この資料、たまたまきょう朝見たんで、こうはなるまいということで出した次第なんです。

ですから、できれば僕らの議論は、社会的な観点を全く抜きにした救急搬送なんてあり得ませんから、全く社会的な観点を抜きにするということはないんですけど、少なくとも脳卒中というクリニカルエンティティに関しては、医学的な観点での話ができる

ようにしたいという話でございます。資料はそれだけの資料なので、とりあつかいは適当にと思えます。

塩川先生のスライドの9ページの上、「時短」の取り組みとありますよね。東京消防庁の人に見ていただきたいんですが、左側の上の絵、おおむね30分から、35～36分だか、そのぐらいで来ていると、119が鳴ってから。これは発症だから、119が鳴る前にぶっ倒れていたということがあれば、発症から入るわけですよね。

○塩川委員 そうです。発症がわからないので。

○有賀会長 だから、これを見ると、上から二つ目と三つ目は結構長いと。あとは、おおむね同じぐらいと。そうですね。下から三つ目は超クレイジーですけどね。

ですから、東京消防庁の方から見ると、119番通報がすぐ鳴れば、だから脳卒中の発作が起こってすぐに呼んでさえくれれば、おおむね30分ないし40分で運んでいると。それで、そうじゃない人たちが2時間だ、3時間だという、つらい話になってくると。それで間違いないと思うんですけども、いいんですよね。

○宮野委員 東京消防庁の宮野と申します。活動時間、出場から病院到着まで、これは平成25年度のデータですけども、平均で40分41秒というデータになっています。

○有賀会長 ですから、早く呼んでさえくれれば、少なくとも脳卒中に関しては、肺炎のお年寄りとか、痴呆のあるお年を召した方とか、また精神疾患が背景にあるとか、そういうものに比べると、比較的単純に運んでいるという理解でいいんですよね。

○宮野委員 はい。

○有賀会長 恐らくプレホスピタルケアに関して言うと、ここでいうプライマリーじゃなくて全部コンプリヘンシブに運ぶとか、そういう話は論理的にはあってもいいとは思っていますよね。ハブ機能を持っていると。例えば、高里先生のところが全部一手に受け入れて、そこから分けるという話はある得ますよね。やれと言っているわけじゃなくて。

○高里委員 余り賛成じゃないけど。

○有賀会長 ただ、初期、二次、三次という、のぼり搬送に比べると、今はどちらかというとハブ機能を持った病院に行っちゃって、そこで分けていくという考え方も少しずつ始まっていますよね。昭和大の救命センターも患者さんの状態が落ちついた段階で即二次病院に運ぶということも、ないわけじゃないんですよね。先生のところもやっているとありますが。だから、今後、時間勝負の部分をどういうふうハンドリングしていくかという話は、今言ったようなことも含めて議論していかなくちゃいけないんじゃないかなと、私は思っております。

○塩川委員 よろしいですか。ちょうどこの二回の実態調査でも、資料6の6ページの上で、覚知から到着までというのは43分、44分でした。これが東京都の現状で、僕も救急の現場にどっぷりいるわけじゃないですが、覚知から到着が40分ぐらいというのが現状です。これについては、発見が遅れた方にはお気の毒ですけども仕方ありません。ですから、とりあえず脳卒中らしいという人を連れてきていただく部分については、

一定の水準という怒られますが、非常によく今の医療資源でやっていただいていると思うんですね。その部分について、更にどれぐらいの介入をするかということと、来院から後の部分は医療側ですけど、それをどうするかという話だと思います。

○有賀会長 まだ発言されていない方がかなりおられるんですが、何かご意見ございますか。よろしいですか。井手先生のかわりに見えている花川先生、井手先生が来ると先生が来られなくなりますので、何か発言ありますか。

○花川先生（井手委員代理） ありがとうございます。我々都立墨東病院でも、救命センターを活用し、さらにもっと早く血管内治療が介入できるかということを含めて、施設の中で時間短縮の取り組みを行っています。今回の塩川先生の提案は、我々の施設でもありがたいものであると思います。脳梗塞の診断で、そのまま、我々の病院に搬送して頂くと、t P A投与には間に合うのですが、その後に血管内治療を行っても再開通までの時間が遅く、症状改善につながらないという患者さんがいました。脳塞栓で血管内治療が必要な患者さんということがわかれば、速やかにt P A投与を行って頂き、血管内治療可能な病院にすぐに運べるような連携施設ができると、よいのではないかといいことを、みんなで話し合っていたところです。

○有賀会長 どうもありがとうございます。医師会の先生はありますか。いずれワーキングをつくって少人数でやらないと提案ができないので、そういうふうに行うかなとは思いますが。

○伊藤委員 一般医科として、専門のことはわからない部分がありますので、もし間違いがあったら言っていただきたいと思うのですけれども。仮に現在のAの機関に行ってt P Aを始めたとして、それを血管内治療の適応であるという診断は、どの医療機関でも可能なかどうか、統一された診断基準が確立される見通し。

それから、今AとBとかと一定の基準をつくって分けていますがけれども、血管内治療をやっているから、本会議で情報提供のあった医療機関A'とかコンプリヘンシブになるのか、その機関の選定基準があるのか、単純な疑問ですけど、教えていただければ。

○塩川委員 一般的には、M R Aと神経症状で閉塞部位と、それからどれくらいまだ助けなきゃいけない脳の部分があるかというのはわかります。かなり熟練した施設だと、M R Iは時間がかかるので、C Tと神経症状だけでやっているところもありますけれども、短い時間でそれなりの確からしさで、これは溶けなさそうで、そして血管内治療が必要だと判断するのは、症状とM R I所見が速やかにできるということだと思いますね。それでよろしいですか。

○花川先生（井手委員代理） 墨東病院の花川ですけれども、t P A投与を行う症例で、脳主幹動脈の閉塞があった患者さんは血管内治療を行うことを配慮して頂き、血管内治療可能な施設に搬送していただくのが一番だと思います。

○伊藤委員 今、AとBとか分けている基準がありますよね。血管内治療を責任を持って担うことができる基準、A'かコンプリヘンシブの分け方、単に経験があるとか治療を

やっているというのではなくて、何らかの選択化といいますか、基準をつくり得るのかという話。

- 有賀会長 先生のイメージはいかがですか。できるところは輪番制でもいいから、その地域で頑張っていただくと、そういうことなんでしょうね、きっと。
- 塩川委員 ただ、輪番だと、カレンダー式で実際にやっているところが反映される方法と違いますので、その日はできるはずができないとかあると、やはり端末のほうが、そのときあいているところということにより現実的かと思います。
- 有賀会長 端末もいいんですけど、どっちにしても高里先生のところだって、そんなにたくさん施設があるわけじゃないから、多摩地区に。そうすると、月火と水木とか、そういうふうなことをイメージして僕は言っているわけなんです。だから、それが上手に端末でコントロールできれば、それはそれでいいんだけど。
- 塩川委員 確かに血管内治療ができる医師の数がまだ限られており、これを24時間365日待機という体制で日本全国、何とかカバーしようということに取り組み始めた状況と言えます。彼らのワーク・アンド・ライフ・バランスは、今は情熱でもっているみたいなどころありますが、そここのところも上手な情報の整理をやる必要がありますね。
- 有賀会長 先生の言うコンプリヘンシブ・ストローク・センターの研究を一生懸命やってみているのは、京都大学から今、九州へ行った飯原先生。その先生のところには、バーンアウトみたいな、燃え尽きる脳卒中医の話が出てきますよね。
- 塩川委員 これは去年の秋ぐらいに一般の新聞などにも載って、燃え尽きの定義があるんですが、一般の医師と脳卒中従事者を分けると1割以上、やっぱり負担が大きくなっているというところがあります。ただ、そここのところも含めて、うまく情報の交通整理をして、効率のいい体制を作っていただきたいと思いますね。
- 渡辺委員 今のお話を伺いますと、ちょっと論点がずれるかもしれませんが、東京都医師会がこのところ、地域構想策定の会議をしているんですが、二次医療圏という考え方で原則は行こうという話なんですけれども、高度急性期と慢性期は全都的にやろうということで、これだけタイム・イズ・ブレインという、非常に時間との勝負ということになると、できる施設も限られていると、脳卒中の血管内治療及びtPAに関しては、高度急性期に関しては全都的な展開が必要じゃないかと。回復期と急性期は二次医療圏、地域で見ていただくという主張は合っていると考えています。構想区域、もうすぐ決まりますけれども、やはり基本的に分けたほうがいいと考えました。
- 有賀会長 今のお話は、東京都全体の医療提供体制の中における、本件の特殊性なりを勘案した上で、全体のバランスをどうとるか、ということですよ。それは考えていかなくちゃいけないという話だとは思いますが。

高度急性期といったところで、何をもって高度急性期という話なのか、結構議論があるみたいですよ。点数幾らという話は、単純に結果としてそれだけつぎ込んだだけの話で。小さな赤ちゃんなんて、そんなに点数がいなくたって、えらいたくさんつぎ込

みますよね、エネルギーを。だから、お金だけの問題じゃない。

○塩川委員 今のは病床の申告と、それから医療必要度の話ですね。実は地域医療構想の会議を昨日この会議室でやっていて、僕はそれにも出ていたんですけど。

先生御指摘の二次医療圏、心疾患とか脳卒中は直近の二次医療圏で対応されています。ただ、北多摩南部とか区中央部とか、医療施設が多いところはちょっと外から入っているんですが、高度急性期、急性期、回復期ではほぼ同じ傾向です。ただ、資料がなかったんですが、慢性期になると区部から多摩のほうに患者さんが動いています。医師会が主張されているのは承知しているんですけども、全都的でやるような部分と、既存の医療環境も考慮に入れてこの脳卒中急性期の部分は検討する必要があると思います。それから、今のITを駆使して情報を整理し、治療ができるところにふさわしい患者さんを搬送するということが必要というか、解決の手段かなと思います。

○有賀会長 どうもありがとうございます。

○伊藤委員 今、そういった議論が進んでいますが、一つ考えておかなければいけないのは、構想区域を次の二次医療圏と一致させるように、と厚生労働省がガイドラインで明記していることです。要は病床の規制範囲になるということです。すると、東京を全都的に考えると、例えば今から、7,000床、8,000床、つくるというときに、一つの区域になってくると、どこにつくってもよくなってしまいます。果たしてそれが本当に地域医療構想の目的である病床の機能分化と連携の推進につながるのかという問題があり、更には国のガイドラインには、構想区域を機能別に変えていいという記載は、実はありません。疾患別とか、5疾病、5事業とかについては、二次医療圏というか構想区域で完結しない場合は、疾病・事業ごとに構想区域を連結させてブロック制にするなども考えたほうがいかなと、個人的には思っています。

○有賀会長 そこら辺は、自分たちの首を絞めないように上手にやっていかななくてはならないという話なんだと思います。けれども、本件に関する限りは、大きい会議場でこうやって話をするという事は時々やりますけれども、今までも、いわゆるワーキンググループをつくってやってきました。そこで、本件も極めて多面的な見方で議論しなくちゃいけないので、単純にコンプリヘンシブ・ストローク・センターはどういうものだみたいな単純な話では全然ありませんので、難しいとは思いますが、それでも提案していかなくちゃいけないので、座長としては具体的な提案をしていくためのスモールグループで議論をしたいと思います。それでよろしいですよ。そうしないと先に行かないので。

○石橋委員 私は、現在北多摩北部地域の脳卒中ネットワークの代表をしていますが、当地域にはA選定の施設も少なく血管内治療できることはありません。

こういう状況を踏まえ、ぜひ構想の中に、出前といいますか、血管内治療のチームをつくっていただいて、A選定の中でも、ある程度設備が整った、北多摩北部であれば、公立昭和病院などにチームを派遣するというような仕組みも、ぜひご検討いただきたい

と思います。それ程たくさん血管内視鏡の適応となる症例があるわけではないと思いますので、チームが派遣をされることで救われる方も少なからず出てくると思います。

○有賀会長 先生のおっしゃることよくわかります。どだい、それができる医者がやたらにごろごろいるわけじゃないので、昔でいえば大学から手術を手伝いに一般病院に出ていくというのがあったじゃないですか。そういう意味では、その患者さんにとって一番いい方法を、地域の比較的設備のあるところに、杏林大学から人が飛んでくるとか、そういう中で、患者さんとの信頼関係をきちんと構築すると、そういう地域医療をしていかなくちゃいけないという観点だと私は思います。そういうことも含めて、何人かで議論していきたいと思うんですが、いいですよ、それで。

○高里委員 今の話にもちょっと通じるんですが、救命センターなんかでも100万人に対して1個はあるという。

○有賀会長 今は30万とかね。

○高里委員 それは最低ですね。特に心筋梗塞、脑梗塞とかは時間勝負のところありますから、塩川先生、先ほど適応を言いましたけれども、もう一つは、やっぱり6時間から7時間のリミットがあると思うんですね。それに行くためには、東京1個で、西から東へぼんと運ばばいいというわけにいかないと思うんです。やっぱり適切などころにある程度、出前も含めて、治療できるところがある範囲内にあるというのを構築するようにしていったほうが、輪番でもいいですよ、複数あったら。そういう形にしていったらいいんじゃないかなと思うんですけど。7よりは6のほうがいいし、5のほうがいいわけですからね。それと、ご家族の状況で、あっちの2時間先に行っちゃったといたら、いろんな問題が起きますよね。そういう社会的な問題も含めて、ある地域内につくる意思で、出前も含めて、人ができるチームをやるようにしていったらいいんじゃないかなと思っています。

○有賀会長 篠原先生、何かございますか。

○篠原委員 おもしろい議論を聞かせていただきまして、ありがとうございます。大分、脳外科系の委員から威勢のいい話も出たわけなんですけど、確かに一部はお話のとおりだと思います。私は内科系の医者なんですけれども、もう20年ほど前から、この血管内治療に興味を持ちまして、うちの教室の人間を外国に派遣したりなんかして、検討はしてきたんですけども。

きょうのお話はそのとおりなんですけど、もし血管内治療のことをよくご存じない方が、何か血管内治療をしなければ脳卒中は治らないんじゃないかというような誤解を招かれるとまずいなと思いながら、聞いておりました。とにかく、血管内治療、特に血栓の回収、治療が適応なのは、tPAが使えない症例で、あるいはtPAを使っても開通しない症例、そういうのを対象としているわけで、何でもかんでも脳卒中だから血管内治療を考えて集めようという話ではないということが、非常に重要な点だろうと思います。

それから、外国の報告、私も、さっきお話が出ましたホノルルショックとか、あるい

はナッシュビル・ホープ、両方の学会に行っておりまして、その話は全部聞いておりますが、実際にはホノルルの話を聞いても、そんなひどいショックではなかったし、ナッシュビルの話を聞いても、そんなすばらしいホープだとも余り思わなかった。大体そんなところだろうなという感じで聞いておりました。

というのは、あそこで出てきた色々なすばらしい報告もあるんですけども、それは非常にしっかりした施設で、完璧に適応を考えた行った場合に、血栓の回収率、あるいはそのための再開通率というのは、随分上がってきましたけれども、今は大体70パーセントぐらいだろうと思っています。そして、決して再開通したから、その患者さんが完璧によくなったとは限らないわけですね。開通は機械的にしたけれども、症状は変わらなかったというケースもあるわけですし、その辺のことを今いろいろな人たちが研究している最中なんだろうと思います。実際には、きょう塩川先生は余りおっしゃいませんでしたけれども、術中の合併症発生率というのも十分あるわけですし、これで脳卒中が、特に重症例がみんなよくなるという話ではないということだけは理解はしながら、今後の話は進めていかなければならない。

ただ、全体的なお話を聞いていて、確かに特定の施設に全ての、血管内治療の適応例を集めるというのは、やっぱり不可能だろうなと思いますんで、その辺はほかの先生方から出た御意見、本当に出前という制度がいいかどうかは別ですけども、そういった相互補助のような体制をとりながらやっていくというのが、今の段階では一番いいんじゃないのかなと。いきなりセンターをつくるというのは、それはアイデアとしては非常に面白いですし、東京都内に何もセンターが一つである必要もないんですけども、まだちょっと難しい問題が入っているんじゃないかなと思っておりました。ただ、この新しい治療法がtPAの効かなかった症例、あるいはtPAの使えない症例に、しかも4.5時間ちょっと過ぎているような症例にもすばらしい効果が期待できる方法の一つであるということだけは、私も全くそのとおりでと思っています。ぜひ東京都でもそういう症例をどういうふうにしたらいいのか検討することは大賛成です。ただ、救急隊の段階でそれを見分けるというのは全く不可能ですし、病院に最初に来たときにはわからないことが圧倒的に多いんですね。特殊な例、例えば、脳底動脈が完全に閉塞している例とか、あるいは、内頸動脈が完全に閉塞の障害なんかには、私は最初から考えていいと思うんですけども、しかし、それを救急隊の方々に見分けていただいて、Aの中の特種なスーパーAに持っていくというのは、まだちょっと難しいですね。その辺のことをどういうふうにやっていったらいいかということも含めながら、この血管内治療、今でも最初に出てきました二つのデバイスよりも、新しく出てきているデバイスのほうがはるかに効果も良いようですね。そんなようなことも含めまして、少し時間をかけてでも検討していただけたらいいな、東京都がそれをやる価値は十分あるなというふうな思っております。

○有賀会長 どうもありがとうございました。

では、この資料の2-2に、運営にかかわる細目というのがあって、そこに部会というのがあって、協議会には専門的な事業を検討するための部会を設置する云々、会長が指名する委員などと書いてあります。これに従ってスモールグループを構成して、それでしばし議論して、それでこちらにまた提案を持っていくと、そういう形でいきたいとしますので、きょうご参加いただきました委員の先生方にはどうぞよろしくお願い申し上げます。メンバーそのものは今ここにありますように、会長が云々とありますので、責任を持って進めていきたいとします。その折には、どうぞよろしくお願い申し上げます。

7時から始めて、相当程度おつかれだと思いますんで、区切りにしたいとします。よろしゅうございますか。さっき議事をびよんびよんびよんと飛んできましたけど、後から思いついて、この部分はというのがなければ、事務局に全てお任せしようと思うんですが、よろしいですか。

(なし)

○有賀会長 では、よろしいということで、そちらにボールを投げますので、あとはよろしくをお願いします。

○新倉課長 本日は活発なご議論をありがとうございました。

事務局から数点連絡事項でございます。本日、お車でいらっしゃる方、いらっしゃいましたら駐車券をお渡しいたしますので、事務局職員にお声かけいただければと思います。また、本日用意させていただいたサンドイッチのほう、もし手をつけられていらっしゃらなければお持ち帰りいただければと思います。

事務局から連絡事項は以上でございますので、以上で第1回の東京都脳卒中医療連携協議会を閉会いたしたいとします。どうもありがとうございました。

(午後 8時21分 閉会)