

東京都脳卒中医療連携協議会 脳血管内治療 working group 開催までの経緯

平成27年10月6日  
杏林大学脳神経外科・脳卒中センター 塩川芳昭

東京都脳卒中医療連携協議会急性期医療担当有志ほか、による意見交換（文責：塩川）

平成27年3月28日13時-14時 Stroke2015 M会場前にて

参加者（敬称略）

東京都脳卒中医療連携協議会委員：横田裕行（日医救急）、塩川芳昭（杏林脳外）  
有志：森田明夫（日医脳外）、松丸祐司（虎の門血管内）、平野照之（杏林脳卒中）

1) 背景説明（塩川）

- ① 現状の東京都脳卒中救急搬送体制はtPA導入時に構築された内容であり、搬送対象傷病者の選定方法は大きく時代に遅れている。
- ② tPA治療の効果は平成23年、25年の二度行われた東京都脳卒中救急搬送体制実態調査でも7%程度に過ぎなかった。
- ③ tPA治療を大きく上回る効果のある急性期脳血管内治療の有効性が昨年末より国際的に認められるようになったが、その前提は可及的速やか（発症数時間以内）に対象患者を治療可能施設に搬送することにある
- ④ 発症から来院までの時間短縮には迅速な救急要請が重要である旨の一般住民に対しての啓発活動が必要である
- ⑤ 脳卒中診療担当医師の不足により脳卒中医の燃え尽き症候群罹患が問題化しているなどが提示され、東京都においても急性期脳卒中搬送体制の改善が喫緊の課題である点で理解が共有された。

2) 現状分析（松丸、塩川）

- ① 東京都で最新の急性期脳血管内治療（ステント型カテーテルによる血栓回収）が実施されている施設を販売実績から調べたところ、23区の二次医療圏（7カ所）では一医療圏あたり2～10カ所、多摩地区（5カ所）では一医療圏あたり0～4カ所程度であることが判明した。このうち、日常的（月1件以上）に本治療を実施しているのは23区では一医療圏あたり1～4カ所、多摩地区では一医療圏あたり0～2カ所であった。
- ② 既に都内において、数カ所の自発的net workが構築されており、ところによっては脳血管内治療医が患者の搬送された病院へ出向している治療を行う事例もある。
- ③ 現在の選定基準（A選定）でtPA実施可能施設に搬送された患者を脳血管内治療の実施可能施設に再転送（Drip and Ship）するのは、事前の病院間の十分な連携がないと治療可能時間内に搬送することは難しい。

などが示された

以下のような改善案が提示された（順不同）

3) 救急医学の立場から（横田）

- ① 救急隊員に新たな判断を求める基準を教育・周知するのは現実的ではないので、導入時にはできるだけ現状に合わせた運用が望ましい（事前に伺った有賀先生も「水平飛行で行くべし」と同意見）。
- ② tPAの経験からカレンダー方式ではなく手挙げ（端末）方式とし、現状のA選定の上位（重症）にS選定（仮称）を設ける方法が現状との親和性があるように思われる。その場合には救急隊員にわかりやすい選定条件を設ける必要がある。
- ③ このS選定を別に設けることで、救急隊の現場滞在時間を短縮できる長所もある。などの指摘があった。

- 4) 他の参加者から
- ① 効果判定のためにも患者登録が必要である。
  - ② 定期的(3か月ごと)な見直しをする機会も必要である。
  - ③ 画像転送を施設を越えて行うことも患者選定に有用である可能性がある。
  - ④ 治療可能施設への転送を促すには、転送元にも診療報酬上の加算があると望ましい。
  - ⑤ tPA 治療が可能な現状の A 選定施設 (Primary Stroke Center: PSC) と急性期脳血管内治療の可能な重装備脳卒中治療施設 (Comprehensive Stroke Center : CSC) の東京都に合った要件も決めるべきである。
  - ⑥ 脳卒中患者を救急隊員の判断で現場から CSC に直接搬送 (Stroke bypass) する運用は次の段階である。
  - ⑦ 血管内治療の適応症例が多く含まれる意識障害を伴う重症脳卒中症例は、現状では三次救急施設に選定されるが、すべての三次救急施設において脳血管内治療が実施できる状況ではない (松丸)。
  - ⑧ 三次救急に搬送された内因性疾患に対して脳血管内治療を想定したアルゴリズムで対応できる体制を構築するには救急医学関係者への啓発・理解が必要と思われる (塩川)
  - ⑨ 現状で自発的に構築されている運用形態は尊重する
  - ⑩ CCU ネットワークの体制構築過程などをよく把握する必要がある
- などの意見が出された。

#### 今後の予定

- ① 4月25日に東京都脳卒中医療連携協議会の責任者である有賀先生を交えて東京都衛生局へ行く。
- ② 昨年度は開催が見送られた東京都脳卒中医療連携協議会の開催を依頼する。
- ③ 現行の東京都脳卒中急性期医療機関設置要綱や同認定基準、救急隊による救急搬送先医療機関の分類・選定基準の脳卒中医療機関の部分などの改訂が必要である。(それぞれの内容については東京都脳卒中救急搬送体制実態調査報告書(平成25年3月)を参照されたい)

#### 4月25日 東京都衛生局訪問時の東京都脳卒中医療連携協議会への提案事項案

- 1 急性期脳卒中診療体制は大きく変容しており、それに合った救急搬送体制の構築が喫緊の課題であることを関係者の共通認識とする。
- 2 現状通り脳卒中 A 選定に該当する患者は端末に従って直近の対応施設に搬送する。
- 3 急性期脳血管内治療の可能な施設を新たに端末で表示する (S 選定 (仮称))。
- 4 2で A 選定施設に搬送された脳卒中患者で、同施設医師の判断で急性期脳血管内治療が必要とされた場合には S 選定 (仮称) 施設へ転送する。
- 5 将来的には、発症〇時間以内の意識障害を伴う重症脳卒中疑い患者を、三次救急の収容可能な S 選定 (仮称) 施設へ直接搬送する体制をめざす。
- 6 本提案の円滑な運用のため、東京都脳卒中医療連携協議会のうち急性期診療に関与する委員で定期的会合を開く

#### 8月19日 東京都脳卒中医療連携協議会

#### 10月6日 東京都脳卒中医療連携協議会 脳血管内治療 working group