

第2回

脳血管内治療検討ワーキンググループ

議事録

平成27年12月17日

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課

(午後 6時29分 開会)

○新倉課長 それでは、定刻となりましたので、実は、有賀先生から先ほど連絡がありまして、少し遅れるということで、ただ議事のほう、議論をどんどん進めてくださいということでしたので、これをもってただいまから第2回の脳血管内治療検討ワーキンググループのほうを始めさせていただきたいと思います。

本日、ご多忙のところ、また夜のこの時間帯の会議ということで申しわけございましたが、出席いただきましてありがとうございます。

前回に引き続き、議事に入るまでの間、私、地域医療担当課長、新倉のほうで進めさせていただきます。着座にて失礼いたします。

今回、会場もまた狭い、小ぢんまりとということですので、マイクなしでやらせていただきたいと思います。

また、本日、席のほうに軽食とお茶を用意させていただいております。どうぞ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。

本日の会議の資料でございますが、資料1から資料8まで、さらには机上配付として別にお配りしているものもございます。議事の都度、説明をさせていただきたいと思いますので、その都度、不足等ございましたら、事務局職員にお声かけください。お願いいたします。

そして、本日の第2回から新たな委員として、2名の先生に委員に就任いただいております。ご紹介をさせていただきたいと思います。

まず、資料1に委員名簿がございますが、そちらのほうをごらんください。杏林大学脳卒中医学教室教授の平野委員でございます。

○平野委員 杏林大学で脳卒中医学を担当しています平野と申します。もともと神経内科で、今、脳卒中を杏林大学で担当させていただいています。熊本から来まして、熊本時代に少し地域医療、それから脳卒中の遠隔診断等々の経験がございますので、そういったところを少しお役立ていただければと思って、今日は参加しております。よろしくお願ひします。

○新倉課長 もう一方、東京都済生会中央病院神経内科部長の星野委員でございます。

○星野委員 済生会中央病院の内科の星野と申します。ここの東京脳卒中医療連携協議会の一番最初の年度に学識経験の一人として参加させていただいたことがありますけれども、今回は脳血管内治療のワーキングということなので、またいろいろ教えていただきながら、勉強したいと思います。よろしくお願ひします。

○新倉課長 次いで、本日のワーキングの出欠状況についてご報告させていただきます。

本日水谷委員が欠席ということでご連絡いただいておりますが、代理といたしまして、昭和大学医学部脳神経外科学部講座の講師であります今泉先生にお越しいただいております。どうぞよろしくお願ひいたします。

○今泉委員 よろしくお願ひします。

○新倉課長 次に、会議の公開についてご説明いたします。本ワーキングの親会に当たります協議会の規定によりまして、会議、会議録、会議にかかる資料については、原則として公開というような取り扱いとなります。ただし、委員の発議により、出席委員過半数で議決した際は、それら全てを非公開とすることができます。本日につきましては、公開としたいと思います。どうぞよろしくお願ひしたいと思ひます。

また、本日、会議の終了予定でございますが、午後8時を終了予定時刻としてございます。どうぞご協力、お願ひしたいと思ひます。

それでは、以後の進行を、有賀座長のほうでよろしくお願ひします。

○有賀座長 どうも、ぎりぎりというか、1分遅れて申しわけありません。

今日の議事ですが、1が血管内治療の実態調査、それから2がネットワークに関して、それから3がその他とあります。

実は、この3のその他のところで、これからの医療提供体制全体における本件について、少しきちんと理解するというか、わきまえておかないと、脳卒中だけピカピカ光らせて一体どうするんだという話になってしまいますので、そういうような観点で少し資料も用意してきました。

ということで、さっさと行きたいと思ひますので、先生方、どうぞよろしくお願ひします。

では、今言った実態調査、これは事務局からお願ひ申し上げます。

○清水主事 それでは、実態調査について、清水からご説明をさせていただきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

まず資料4でございます。全体の説明、資料の説明をさせていただいて、後ほどご意見をお伺ひしたいと思ひますので、よろしくお願ひいたします。

こちらの実態調査（案）ですが、横田先生に素案を作成していただきまして、都のほうで形式、及び内容について一部編集を行いまして、こういう形とさせていただいております。

実際に各医療機関に送付する際は、調査本体とはまた別に東京都福祉保健局長の文書をつけまして、各医療機関に送付するよう考えております。

また、こちらにも書かせていただいておりますが、発送から集計までを委託で行うように考えております。

スケジュールですが、1月の下旬に各医療機関に送付、調査期間は2月中を締切とし、3月中に集計するというスケジュールの予定です。

各機関に郵送で送付して、紙で回答を書いていただくか、又はホームページ上でフォーマットを用意して、そこに入力をして、メールで対応と、どちらかを選んでいただいで、大体回収率は80%を目指して実施するように考えております。

東京都脳卒中急性期医療機関が今合計で163、Aの機関が118、Bが45ありますが、Aについては100%、合計として80%を目標としたいと思います。

調査票の中身に入りますが、まず、1 ページ目の丸の二つ目、こちらに「脳血管内治療とは、・・・。」と書かせていただいております。ここに脳血管治療の定義を最初に書いたほうがいいだろうということでここに挙げておりますが、横田先生からは、ここが虚血性脳卒中のみか、それか出血性脳卒中も含めるかというところで、本日議論をしたほうがいいのかということで、こちらは今空けております。

同じく机上配付をしております資料で、松丸委員からの案を1枚配布しております。

○松丸委員 これは全部、最後まで行ってからのほうがいいんじゃないかと。

○清水主事 そうですね、説明させていただきます。

○松丸委員 少し考えが足らなかったかもしれないです。

○清水主事 こちらのいただいている案をもとに、後程ご意見をいただければと思います。

1枚おめくりいただきまして、2 ページ目です。具体的な調査の中身に入っていきますが、ここから医療機関にこの内容で、疑義が生じる、その場合は補足説明が必要かと、そういった観点から、ご確認いただきたいと思います。

調査自体は三部構成、プラスアンケートとしておりまして、まずt-P Aの実施の可否について。その次のページが、脳卒中診療に関する体制について。最後に、脳血管内治療の実施可否について。そこにアンケートをつけているという構成にしております。

2 ページ目に戻りまして、脳卒中の急性期医療機関が、A施設、B施設、どちらの施設かということをもとに聞いていまして、脳卒中のA施設と答えたところについては、入院患者数を問1-3で記入していただくようになっております。

26年1月から12月を期間として設けていますが、この期間は病院が調査するに当たって、少し長いかどうか、行政の調査としては、1年が多いので、こうさせていただいていますが、短縮した方がいい場合は何カ月が妥当かということもご意見をいただければと思います。

ここに内訳として、都民、都民以外、不明と記載をしていますが、水谷先生からご指摘がございまして、この内訳を必須項目にしてしまうと、病院も調べるのに手間がかかり、回収率が落ちるのではないかとご指摘をいただきましたので、任意記入ということで、括弧書きにさせていただきます。

その後、問1-4でt-P Aの実施の可能状況について、1-5で時間や日によって可能であると答えた場合にどの程度実施可能かということをお返しいただくようになっています。例示で、火・水・木曜日の9時から17時と記入していますが、この例示でいかなるものかと、もしわかりやすいものが他にあれば、ご意見をいただければと思います。

では、1枚おめくりいただきまして、3 ページ目です。

脳卒中診療に関する体制についてです。問2で急性期脳卒中診療に関わる医師、問3で脳血管内治療専門医、問4で脳血管内治療専門医に準ずる経験を有する医師の人数を記入してもらおうようになっています。

内訳として、常勤、非常勤をつけていまして、非常勤については、常勤ではなく週に1回以上の診療を行っている場合に非常勤としてカウントするようにと注釈をつけています。

問3で、水谷先生からご指摘があったのですが、脳血管内治療専門医の定義について、正しくは専門医と指導医も含めるのが正しいというご意見をいただきました。案では、注釈で日本脳血管内治療学会の専門医というふうに記載していますが、専門医及び指導医を指すものであるとするか、表現についてご意見をいただければと思います。

○松丸委員 あともう一つ、日本脳血管内という脳と血管の間に神経が入る。脳神経血管内治療学会の専門医及び指導医にしたほうがいいと思います。

○有賀座長 脳神経、中黒ですが、神経と血管はそのまま続けていいんですか。

○松丸委員 それでいいです。

○清水主事 それでは脳神経血管内と入れさせていただきたいと思います。

ではその次、1枚おめくりいただきまして、4ページ目が脳血管治療の実施可否についてです。問5で脳血管内治療が可能かどうか、問5-1と2で患者数を聞いています。まず5-1で、脳血管内治療全体の入院患者数について、その後、現時点では、そのうちの急性期虚血性脳卒中で脳血管内治療を実施した入院患者数を記入してもらうようになります。ここも定義をどうするかによって、質問が変わってくるかと思います。

5-3、5-4で先ほどのt-PAの実施の可否と同じように、どの程度実施ができるかを聞いております。

最後のアンケートでは、現在検討していることに関するご意見を記入してもらうようになっています。

内容については簡単でございますが以上です。各医療機関に送付した後、医学的な問い合わせが都の方に恐らく来るかなと思いますので、その問い合わせがあった場合の都から先生方への問い合わせ先、担当の方などをご指名していただければ幸いです。

では、説明は以上でございます。

○有賀座長 ありがとうございます。この4ページの最後にアンケートとありますよね。

こういうご意見を聞くことをアンケートというんですか。僕らは何となく、今度脳血管内治療に関するアンケート調査をやるんだよねなんていうふうに言葉で喋ったときには、これをやるんだよねというふうな感じがしますよね。だから、今は正確にアンケートというのは、意見のピックアップのことをアンケート調査というんですか。

○新倉課長 多分定義がないので、ここは、その他、自由意見とかという形に表題を変えたほうがわかりやすいかなと思いますので、そうしたいと思います。

○有賀座長 じゃあ、その他自由意見ね。

○新倉課長 はい。

○有賀座長 それから、これちょっと冒頭、事務局からのご説明、僕、場合によっては聞

き損っていると思うんだけど、1 ページの一番上、「本調査は、東京都が脳血管内治療に関する院内体制や何やらを目的として実施するものです。調査の一部を・・・に委託」、これは何を書くんですか、具体的には例えば。

○清水主事 調査の委託会社ですね。

○有賀座長 じゃあ、例えばマルペケカンパニーとか、そういうふうを書くわけですか。

○清水主事 そうです。

○有賀座長 一般的にそうなっているのね。

○新倉課長 集計の委託をお願いする関係で、調査上、発送業者からさせていただくことで。

○有賀座長 わかりました。では早速本体に入るんですが、その前に、これ東京都がやるという話ですけど、東京都がやるといったときには、東京都医師会はどういう位置づけになるんですか。

○新倉課長 我々のほうから調査を始める前に、医師会の協力依頼ということで、医師会長宛て、お願いをいたしまして、そこで了解をいただいてから調査を行うという形になります。

○有賀座長 なるほど。その調査、これは紙媒体で来るのか電子媒体で入れるのかという話がとりあえずあったとしても、もし紙媒体で来るときに、僕らが慣れているのは、東京都の福祉保健局と、それから東京都医師会は連名になっているのでしょうか。そのようなイメージをすることがあるんですが、その辺はどういうふうになるんですか。こういうのをやるのでよろしくね、わかったよという話と、それから例えば、ある医療機関が、行政から来ているけど、東京都医師会はどうなっているのかなと。一々、挨拶文とオーケーという文章、ホチキスどめして一緒に渡すのかという話になるのか。その辺はどういうふうに考えるんですか。

○新倉課長 もともと今の段階では、我々東京都の名前で調査を行うと考えてはいたのですが、例え、受け取る医療機関側の立場から見たときに、連名であったほうがより協力しやすいというような感じでしょうか。

○有賀座長 協力しやすいというか、医師会が入っているからやっぱりやらないとなという感じがあるんじゃないかという気がしますよね。

○新倉課長 であれば、少し医師会と相談させてもらって、もし、我々としては連名で出させていただければ、そのほうが心強い部分がありますので。それはそうさせていただきますと思います。

○有賀座長 今、話した本調査における血管内治療とは云々というのは、ここにございますよね。これ松丸先生、もう。

○松丸委員 それ、最初そう思ったんですが、ただこのアンケートをよくよく見ますと、急性期の再開発治療だけではなくて、広く脳血管内治療のことをまず聞いているので、だからここはもっと広い意味での、例えば脳血管疾患に対する特徴的なカテーテル治療

を指すとか、そういうふうにするほうが適切かなと、ちょっと今考えました。

- 有賀座長 いや、何となく全体を聞いて、それでここをスポットで聞くというふうな、こういう調査をしたときの全体像を見るときにいいのかなと。だから、例えば山ほど血管内治療をやっている、そのうちのごく一部が今回のテーマと合致する。毎日やっているとは言って、確かにそうだよ、すごいたくさん血管内治療をやっているなど思ったら、もっとたくさん、いろいろなADLだのみんなやっているという話になるかもしれないので、そのほうがいいかなと僕は個人的には思ったんですが、どうなんですか。
- 松丸委員 僕もそれがいいと思います。
- 有賀座長 いいですかね。そうするとその。
- 塩川委員 いいですか。この案は出血性の脳血管障害、くも膜下出血とか動静脈奇形、を含んでいます。本来は、この調査の趣旨というのは、虚血の、一刻一秒を争う部分がコアなんですけども、後ほどこの人数を聞きますよね。そのときに、例えば血管内治療医が大勢いても、出血性疾患に力を入れている方もおられるわけで一応全体像を聞いて、その後、この調査の目的はこの超特急にやらなきゃいけない虚血の部分だということが、わかりやすくいけばよいと思います。だから、虚血だけのことを聞くと、例えば血管内治療医は大勢いるけれども、その施設によっては余りやっていないところもあるかもしれないしというので、それがうまく伝わるような趣旨にさせていただくと思います。
- 有賀座長 だから、今の話ですと、多分、脈絡としては同じだと思うんだけど、僕が後から提出した、この中川原先生による医学書院の脳神経外科の論文は、時間があつたらですけど、後ろのほうに線が引いてあります。そこだけ見てもらえばいいんですが、要するに、コンプリヘンシブなユニットの話で、脳卒中ケアセンターの話がもしあつて、それが東京都全体で、1千何百万人分の何カ所かという話がもし出たとすると、そこでは今言った、虚血だけではない話がまざるはずですよ。ですから、そういうところも含めて、その辺の全体像をせっかくだからみておきたい。都民が何人という話は、そちらの意図としては何なんですか。
- 新倉課長 実際に他県からの流入、都民じゃない方の利用も当然想定されているので、それを基礎データとして抑えておきたい、割合を大体抑えておきたいというぐらいの趣旨なので。ただ、多分、水谷先生から意見をもらったときに、ここを入れるのが相当手間になるということであれば、そこはもう逆に言うとカットして、もうちょっと大きな傾向のところだけで見てということもありかなと。
- 有賀座長 東京都民以外の人たちは、結構いますかという質問があつたら、結構いませんと言うでしょう。医事課の統計を見て、現住所を見ないといけないよね。
- 松丸委員 ただ、例えば血管内治療を年間に100例以上やっている施設というのは限られているんですね。だから、本当に困る施設というのはそんなに多くないということと、あとは特に急性再開通に関して言うと、それこそ多くても20とか30とか、せいぜい40ぐらいなので、だから困る施設はそんなに多くはないんじゃないかなという気

もしますが、そのデータが任意だったら僕はとってもいいのかなと思います。

- 有賀座長 とりあえずここには任意で記入と書いてありますので、これをいよいよ本腰でやりたいなと思ったら、今言った、何施設もないわけだ。100も200もあるわけじゃないんだから、そうすると電話大作戦でもやってやれないことはないだろうと、こういう話ですよ。
- 新倉課長 はい。
- 有賀座長 じゃあ、ちょっと僕だけいっぱい喋っちゃいましたが、先生方いかがですか。水谷先生の代理で。
- 今泉委員 任意だと非常に助かります。実際、数える身としては。
- 有賀座長 それから、脳血管治療専門医、ここではというのがありますよね、3ページに。これは脳神経血管内治療学会の専門医及び指導医というのが正しいみたいですよ。
- 塩川委員 これは指導医が先のほうがいいんじゃないですか。指導医のほうが一応、経験値も高い、順番で行くと。
- 有賀座長 指導医及び専門医。
- 松丸委員 指導医というのは入れなくても、実は指導医は専門医を兼ねているので、なくてもいいですが、ちょっと紛らわしくなるといけないので、書いておいたほうがいいのかと思います。
- 有賀座長 なるほどね。
- 塩川委員 指導医の数というのが大事です。この集めたデータで、コンプリヘンシブストロークセンターの施設基準にも関係しますので、指導医と専門医と分けたほうがいいのかと思いますか。
- 有賀座長 わかりません。救急の指導医というのは、かなり性格が違う。専門医は専門医でがんがん働けど。指導医は指導医で、地域医療とか、そういうような観点で、地域が見られると。だから、僕みたいな立場になると、指導医としての仕事をしていると、こういうような形です。だから、ここでいう指導医というのは、恐らく専門医や専門医になろうとしている人を、テクニカルな意味で指導していると。
- 塩川委員 そうですね。ちょっと東京都は何人ぐらい指導医の方がいる、100人ぐらいいる、もっているんですか。
- 松丸委員 100人はいないんじゃないでしょうか。ただ、この問4でも聞いているように、脳血管内治療専門医に準ずる者というのを数えていますよね。そうすると、指導医を数えて、専門医を数えて、準ずるものも数えるというのは、ちょっと何か煩雑な気がします。
- 有賀座長 専門医を指すものとするでいいということね。
- 松丸委員 専門医で指導医と両方あわせて勘定すれば。
- 有賀座長 おたくの施設に専門医は何人と言ったら、指導医を持っている専門医も多分入れて答えるだろうと。

- 松丸委員　そうです。ただ、それを混乱するのを避けるために、注のところには専門医、指導医と入れておけばいいと思うんですけど。
- 有賀座長　あと何かご質問ありますか。
- 横田委員　問4はそのままです。
- 松丸委員　行けると思います。
- 横田委員　準ずるという意味は専門医ではないが、トレーニングを受けて、虚血のデバイスは使えるということですよ。
- 松丸委員　そうです。そこの定義は、実は曖昧なんですけど、これが正しい解釈だと思います。
- 有賀座長　これは、いずれ専門医になる人でしょう。
- 松丸委員　そうです。そういうことです。
- 有賀座長　そうですよね。
- 松丸委員　専門医を目指している人と考えていただいて。
- 有賀座長　そうすると、例えばあと3年もすればこの人たちが入るよねという、そのような感じになるんですか。
- 松丸委員　そうですね。
- 星野委員　準ずる人がいれば、その人は一人でもできる、そういう意味ですよ。
- 松丸委員　そういうことです。あの文面を、趣旨をうまく読めば、準ずる人でも、一人でやってもいいということです。
- 有賀座長　それから、この非常勤というのは、常勤でなくても、週に1回以上の診療を行っている場合、これはこれでいいんですね。
- 塩川委員　あと、先ほどの定義の出血性の血管内治療と虚血性の血管内治療がちょっと曖昧なところがあるといえはあります。2ページはいいと思うんですけど、3ページの間2は、貴施設における、これは出血、虚血、両方、全てのということになるわけですよ、恐らく。問3と問4も、これも全てになるわけですよ。血管内、対象。
- 有賀座長　専門医に準ずる数だから。
- 塩川委員　そうすると、4ページの頭の貴施設は、ここも全ての出血と虚血、両方入るわけですよ。そうすると、問5の1も、じゃあ両方全て、出血、虚血なので、問5の2から、急性期虚血性の措置。この何というか、質問の対象が少し途中で変わっているというのがわかりやすいでしょうか。
- 有賀座長　そこの急性期虚血性脳卒中をゴシックにするとかそういうことですか。
- 塩川委員　問5の2から急性期虚血性を聞いていて、問5の1までは出血、虚血を含む全ての血管内治療という、そういう質問になっていると思うんですよ。ただ、そういうふうにしちゃうと、マンパワーのほうの問題で、人間の数を聞いているのは、全部の、出血、虚血、両方を聞いていますけど、これが松丸先生なんかの感覚だと、別に特に出血ばかりやって虚血をやらないとか、そういうような方も最近はおられないと、そ

んな感じですか。

- 松丸委員 いや、いると思います。その病院の体制として、急性期再開通だけはやらないという施設はあると思います。
- 塩川委員 ありますよね。そこをまた明らかにする必要があるのかどうかという、この調査の目的、アンケートの目的がいかがでしょうか。
- 有賀座長 でも、やっぱりもともとは脳梗塞の話だったんだから。
- 塩川委員 そうです、もともと脳梗塞の話だったんです。
- 有賀座長 だから4ページの間5の2とか、3とかは、結局、入れてくれないと。
- 塩川委員 そうです。そして、今も出血性の、例えば話が進んだ場合の搬送のところでは、あんまり困っていないとは言いませんけれども、それなりに流れています。このワーキンググループをぜひ開催していただきたいというのは、この虚血の急性期治療の、要するに医療資源の把握であり、連絡方法の問題なんですよ。そういうことを確認したときに、最初の前半の2ページ、3ページあたりは、全体を聞いていて、4ページのところで、この虚血の部分を知っている、回答する方に混乱が生じないようにする必要があります。それで、こちらの意図する数値が得られるかどうかという点で、多少わかりにくいような危惧もありますというか、そんなことはないでしょうか。
- 松丸委員 僕はこの聞き方で。
- 横田委員 アンケートのたたき台をつくった責任上お話しさせていただきます。塩川先生、松丸先生、それから水谷先生に見ていただいて、本当に知りたい部分は、この4ページの間5の3の部分なんですけど、ここだけを最初に聞いてしまうと、血管内治療というのはどういう定義なのかというたくさん問い合わせが来るというイメージがあったんですね。塩川先生が言われたように、出血も含めた血管内治療を設問の中で最後にふるい分けできるようにしたいと思います。一方、我々が知りたい、本当に知りたいこの間5の3です。虚血性脳卒中がどのような時間内にデバイスを用いてできる体制なのかどうかというところに設問を持っていけばいいと思います。
- 有賀座長 だから、週刊誌的な感じで書けというのであれば、今言ったようにゴシックにするとか、それから間5で01を選ばれた場合のみという、その上の余白に、いよいよここが本番ですと入れるとか。そうでしょうか。
- 塩川委員 そうですね。質問のターゲットが後半で変わっているというのが。だから、この3ページの部分は、そういう点ではマンパワーを聞いている質問は、出血も虚血も全部に向けて、先ほど有賀先生がおっしゃったような、Strokeセンターのこの陣容の設定というところを視野に入れた質問であるという、そういう理解です。
- 横田委員 当初、私が送った案には、アンケートのお願いという部分に書いているんです。今回、そこが出ていなかったのも、今のような議論になってしまうと思うのです。
- 有賀座長 だから、このアンケートのお願いと一緒に最後の詰めをすれば。
- 横田委員 医師会と一緒に東京都の連名で出すとということですね。

- 塩川委員 それか、1 ページの一番冒頭の本調査はというところも、急性期医療機関における脳梗塞急性期血管内治療に関するこれこれを目的だけれども、今現在、行われている血管内治療全体の状況について、まずお尋ねしますということを明記する。
- 有賀座長 ことを含めて把握したいと思っていますので、よろしくお願ひしますと、そういうことですよ。
- 塩川委員 という趣旨が冒頭にあるといいんじゃないですかね。
- 有賀座長 じゃあ、そこら辺の文字づらなり、かがみの文章というんですか、その辺は今の議論を踏まえて。
- ところで、この一番最後でしたか、途中ででしたか、設問は以上です。お忙しいところご協力いただき、誠に有難う、ありがとうございます。これでいいんですよ、これ。漢字で書くとなかなか難しいね、これ。何月何日までにご提出は、これはさっき何とおっしゃいましたか。1月の。
- 新倉課長 大体予定は2月の1カ月間を調査期間としようと思っていますので、2月末なり、3月頭の数字が多分入るかなと。
- 有賀座長 じゃあ2月末でいいんじゃないですか。ではこれ2月。来年、うるう年ですか。じゃあ2月29日まで。
- 星野委員 すみません、さっきの話にちょっと戻るんですけど、塩川先生がおっしゃったように、この5の1というのがすごくわかりにくいと思うんですね。さっきも出ていましたけど、例えばくも膜下出血でコイリングしましたとか、みんな入ってくるのかもしれないんですけど、そうすると、じゃあ急性期というのはいつまでなんですかとか、コイリングってちょっと待ってられない場合もあるじゃないですか。
- 松丸委員 これをそのままそっくり読むと、最初の質問は急性期脳血管内治療が可能かどうか出るんですけど、普通にずっと読むと、急性期とか考えずに、脳血管内治療を待機的な治療も含めて、何件やっていますかと読めると思うんですよ。
- 星野委員 要するに、1年間で具体的なコイリングから何から全部数えるということですね。
- 松丸委員 そういうことだと思います。そういうふうには解釈すると、多分一番最初の、ここでの脳血管内治療とはという定義も、多分そういうふうには書けば、その病院で脳血管内治療、1年間に何件やっているかというのが出てくるので。
- 星野委員 そのデータかなと思って。
- 松丸委員 だから、横田先生が言ったように、急性期の虚血性に対する脳血管内治療というのを絞り込むときに、こういうふうな設問にしたほうが、僕はわかりやすいような気がしました。一つわかってくるのは、血管内治療をやっているのに、再開通治療をやっていない施設というのも多分わかってくるので、それをポテンシャルとしては、脳血管内治療もできる施設だというようなことは理解できるし、情報としては、1年間やっているかというのは、一つ入れてもいいような気がします。

- 有賀座長 今言われた、それで僕もいいと思うんですけど、この急性期という言葉にそんなに幅があるんですか。
- 松丸委員 ばらけがあります。5の1は急性期という言葉は入っていないので。
- 横田委員 多分5の1は、このままいくと、例えば、未破裂の脳動脈瘤も当然カウントしちゃう施設も入ってくるという星野先生のご意見ですよ。
- 星野委員 これでも先生たちの、その前に急性期が可能ですかという人だけ答えてくださいなので、急性期をやらないところは、じゃあうちは関係ないよねでいいのとかエレクトティブにできるところあるかもしれないので。そこがちょっとわからない。CASから何からみんな入る可能性があるわけですよ。
- 松丸委員 そうですね。だからそこは入れても僕はいいと思うんですけど、
- 星野委員 もちろん、そういうものも数えたいんだったら数えたいでいいんですけど、だから、それがわかるかなと思って。これを読んでいくと、急性期脳卒中は可能じゃないけど、うちはいっぱいやっているよねというところは、ちゃんとそれなりに。
- 松丸委員 あり得るわけですよ。
- 星野委員 そうですよ。先生がおっしゃったように、そういうところもやる気ならできるといふのを調べたいなら、問5の最初の設問を外してもおもしろいかもしれません。
- 新倉課長 問5のところ、一番頭のところは急性期脳卒中と書いてあるので、ここは逆に急性期をとるほうがいいんですかね、問5の一番頭のところ。
- 横田委員 そうすると、星野先生が心配された部分はなくなるかもしれないですね。
- 星野委員 ただ、そのCASをやっていたりするのを数えても、しょうがない気がしますね。
- 横田委員 そうなんです。だから、ポイントは問5の2と3なんですよ。
- 松丸委員 確かに、最初の可能である、可能でないというのは入れなくても最後にその問5の3で急性期に血管内治療ができるとかどうかが聞いているわけですよ。なので、最初の、一番最初の質問はあってもなくてもいい。入れるとすれば、急性期というのを除いて、脳血管内治療ができるかどうかというのだけを聞いてもいいかもしれないですね。
- 有賀座長 4ページの間でね。
- 松丸委員 そうです。問5を、貴施設は脳血管内治療は可能ですかというシンプルな質問に。
- 有賀座長 脳卒中に対するのは残していいんでしょう。
- 松丸委員 そうですね。それはそうです。
- 有賀座長 未破裂動脈瘤は脳卒中に対する血管内治療とっていいんでしょう。
- 松丸委員 そこは、ややこしくなるならなくしてしまえばいい。脳血管内治療が可能かどうかということ含めて。

- 有賀座長 なるほど。では、今、出たような意見でリバイスしますか。
- 新倉課長 調査の患者数を記入いただく期間は1年間というところで大丈夫ですか。一応聞いているのは26年1月から12月というところですけど。これでやらせていただきたいと思います。
- 有賀座長 大丈夫だと思うけどね。
- 新倉課長 時期を区切ると、また何月がいいのかなという話もちよっと出てきちゃうので、ちょっと厳しいなど。
- 有賀座長 1年間やると1千の大台になるという話になると、何となく気の毒な気がするけど、たかだか100でしょう。
- 松丸委員 たかだか100か200のところも1か2施設あるかですよ。
- 有賀座長 だから、100とか200だったら、ひいふうみいよの世界だから。
- 平野委員 1年間は賛成なんですけど、時期は26年でいいですか。ステント型が一般的に使われるようになった時期に合わせた方がいいのかなと思います。
- 有賀座長 そうすると、年度に合わせる。
- 平野委員 今年にしたほうがいいのではないかと思います。27年の1月から12月のほうがいいんじゃないかと。
- 有賀座長 そうか。私はそのつもりでいたんですけど、そうだね、来年は27年、今27年か。じゃあこれ、26を27にすればいいんだな。
- 平野委員 そうですね。
- 新倉課長 27年の1月から大丈夫ですか。1月から12月で。時期的にも2月で、12月までの数字は抑えられますか。
- 有賀座長 当たり前ですね。
- 新倉課長 では27で。
- 塩川委員 それは1の3も同じですよ。
- 新倉課長 最初からそうですね。全て入院患者数については、27年1月から12月ということで、統一させていただきます。
- 有賀座長 それから、先ほど清水さんがおっしゃった、これとりあえずつくって、出発するに当たって、質問が来たらどうしますかね。一人の人に答えてもらったほうが、答える場合にいうか、相談したほうが楽ですか。
例えば、僕に聞いてもしようがないんだけど、全員に一気にメールして、こういうのが来ましたと。それで、答えるのは、この順番に答えるとか、そういうふうにしてもいいのかもしれないし。
- 松丸委員 恐らく脳血管内治療に関する質問を送るんですよ。そうすると、僕が答えなくても僕はいいと思いますが。
- 有賀座長 だから、プライオリティーは松丸先生を一番でして、それからこの辺ですか。
- 塩川委員 ええ。血管の話だったら横田先生に。救急の話というのもあんまり。

- 有賀座長 だから、実はそういうようなこと、今、僕にもあって、こんな各論、私はわからないから誰々先生ご指南くださいというメールをするんですよね。そうすると、細かな情報をもたらえる。じゃあ、作文は私がしますからと言って。だから、そういうふうなことがあるから、今言った松丸先生をファーストチョイスにしておいて、松丸先生が、困っているという状況が来たら、それに対応して答えるでいいんじゃないですかね。それで、伊藤先生も、ここら辺みんな含めて回しましょうよ。そうでないと何が起きているかというのはわからないから。
- 成田部長 全員にお送りするようにいたします。
- 有賀座長 そうです。いいでしょう、メールで。電話のほうがいいというんだったらそれはそれで。多分、質問もメールで来る可能性が高い。
- 新倉課長 そうですね。
- 成田部長 それと確認ですが、最後のこの問5の貴施設は脳血管内治療が可能ですかという、これは残しますか。
- 有賀座長 いやいや、急性期脳卒中に対するを消して、貴施設は脳血管治療が可能ですかにするでしょう。
- 成田部長 急性期だけをとればいいんですね。
- 松丸委員 急性期脳卒中に対するまで。
- 有賀座長 さっき言った、未破裂動脈瘤とかを脳卒中かと言われると、少なくともそっちの情報は欲しくない。でも、ひょっとしたら脳血管障害という言い方が正しいのかもしれないけど。だから、余りそこら辺、うだうだやると、清水さんのところにいっぱい質問が来る。だから、貴施設は脳血管内治療が可能ですかというほうがいいんじゃないですかということですね。
- 成田部長 この設問は残すんですね。
- 有賀座長 そうです。
- 塩川委員 それとこの3ページの間2の、貴施設における急性期脳卒中診療に関わる、ここの急性期は、これはこのままでいいんですよね。
- 有賀座長 いいと思う。
- 塩川委員 急性期の部分が出てくるのは、4ページの間5の2からになりますね。問5の2と問5の3が大事であるという。
- 新倉課長 3ページの間2の頭の急性期は残しでよろしいですか。
- 有賀座長 やっぱり残すんじゃないかね。
- 塩川委員 やはりあったほうがいいですよ。そうじゃないと、慢性期の脳卒中だけを診ていますという人がカウントされ始めると源の話と、もう少し広く、Strokeセンターの構成する人員というのもここから読み取ろうとするとすれば、やはり急性期がないと、何か、慢性期の予防だけやっていますという人もカウントしてしまう恐れがあります。

- 有賀座長 とにかく1回つくって、メールでぐるっと回して、東京都医師会にお伺いを立てたりなんかするのに日もかかるから、その間、気がついたらみんなでやりましょう。
- 成田部長 ちょっとそのパイロット的につけていただいたりするといいのかもしれないですね。
- 有賀座長 パイロット的につけるにしても、僕はそれを聞こうと思っていたんだけど、今やった任意で「都民じゃない方」を聞きますね。これというのは、パッと目に、例えば松丸先生、100人やったとして、都民じゃない人というのはどのぐらいいるんですか。
- 松丸委員 うちは結構いるかもしれないですね。
- 有賀座長 あちこちから来るから。
- 松丸委員 当直医だとかで。
- 有賀座長 やっぱり聞く価値はあるんだね。なるほどね。
- 新倉課長 我々としても別に都民の割合が低いから、じゃあやらないということにはなりませんので。
- 成田部長 みんな一緒です。
- 新倉課長 基礎データとして、ある程度のちょっと把握をしておきたいというところだけです。
- 有賀座長 余りそういうふうな発想にはならず、リハビリテーションなどは都外に出ていますから。猪口先生に叱られますよ。
- じゃあ、これはこれでということで。では、つくったものをぐるっと回して。
- では、次の議題。
- 新倉課長 すみません。今の、最初の定義の脳血管内治療とはの部分、再度ちょっと。その上で、もう一回、全員でまた全体を合わせて。
- 有賀座長 僕はそのつもりだったけれども。
- 塩川委員 例えば、冒頭の部分の趣旨が伝わるような。
- 有賀座長 かがみを入れてぐるっと回しましょうね。
- 新倉課長 そうですね。
- 有賀座長 せっかく横田先生がつくってくれましたから。
- では、その次は、血管内治療に関する他府県ネットワークの事例についてということで、これでいくと資料5以下ですかね。まずは平野先生からの5と6のご説明を賜るといのが順番かな。ではすみませんが、よろしくお願いします。
- 平野委員 よろしく申し上げます。東京に来て1年ちょっとなんですけれども、九州に長らくおまして、九州熊本県では、脳血管内治療ができる医師が極めて少ないものから、この点、全件をカバーするためにはどういったシステムがいるかということで、スマートフォンを使った阿蘇地域との連携ということを幾つかこちらに提示しています。
- 東京とは随分医療需要は違いますので、とにかく遠隔地にいる患者さんに対してどう

やって治療するか、そして血管内治療が必要であれば、そういった施設にどうやって運ぶかというようなところを、ITを使って取り組みましたという、そういう事案について、論文を幾つか、2編ほど添付させていただいています。それだけです。

○有賀座長 これは画像や電子媒体を使って共有するということですか。

○平野委員 そうですね。資料5の1ページめくっていただいたところに、RDICOMという名前のフィギュアがありますけれども、ここが実際のスマートフォン上の画面でありまして、画像、頭部CT、それからスマートフォンですので、テレビ電話機能がありますから、専門医ではない方が診察をする際にも、遠隔地で専門医がそれを見ながら、脳卒中の重症度等をしっかり判断して、その上で治療適用かどうかは判断する。さらに血管内の適用があれば、そこでt-PA、点滴しながら基幹病院に運ぶというようなシステムをつくりましたと。

概念図といたしましては、さらに3ページめくっていただきますと、5分の2というページがあるんですけども、カルデラと書いたこの絵がイメージ図でありまして、右側の遠隔地の阿蘇の病院で患者さんが運ばれると、左側の熊本大学病院で遠隔診察をし、適用があればヘリ搬送、ないしは救急車で搬送して、引き続きの治療を行うというシステムをつくりました。

これを行うことで、脳卒中がわかる医師が全くいない過疎地域でもt-PA、あるいは血管内治療が受けられるようになりましてという、そういう事案であります。

あと引き続き、資料の6に、今の世界の血管内治療の先進的な取り組みがどんなことが行われているかというところをご紹介したいと思って持ってきたのが、血管外ができるコンプリヘンシブストロークセンターへの患者搬送を、救急隊が現場でできるような取り組みというのが各地で行われていて、今、FASTだったりシンシナティ・プレホスピタル・ストローク・スケールだったり現場で使われておりますが、さらに少し重みづけを加えたようなスコアが、各地域でRACE、シンシナティ・プレホスピタル・ストローク・シビリティ・スケール、それからFAST-EDスケール、こういったものが運用されて、その効果、有効性についての検証が幾つかその論文に載っているような状況になります。

外国では、こういうことをやっていることの紹介になります。

○有賀座長 東京消防庁からすると、顔面、上肢、下肢の麻痺、それから眼球の偏位、それから失語。これはまだあれだけど、この失認とかとなると、何となく、少し難しそうね。

○宮野委員 そうですね。失認というのは、余り現場では使わないですね。

○有賀座長 使わないね。それから、この真ん中にある眼球の偏位と意識障害、それから上肢の麻痺。これは何となく射程に入りそうだね。

その次は、顔面の麻痺と上肢と、それから。このスピーチは実際の事例にはもう入っているのですか。

- 平野委員 そうですね。
- 有賀座長 だから運動障害と失語症と、それから眼球の偏位。それから、その次は何ですか。
- 平野委員 最後、これが失認ですね。
- 有賀座長 だよ、なるほど。
- 平野委員 脳の症状として、皮質症状として左半球では言葉にきますが、右半球では失認症状ということで、やはりそういった所見が主幹脳動脈病変例では出やすいところから、こういうふうに関連されているようです。
- 有賀座長 なるほど。とりあえず救急隊はどうのこうのという話は、今のところしていませんけれど、横田先生どんな感じですかね、このプレホスピタルで失認という話は。
- 横田委員 失認というのは、多分救急隊の方がなかなか判断しづらいかもしれません。
- 有賀座長 右、左だとかね。
- 横田委員 C P S S はほぼ普及していますけど。
- 有賀座長 これはだけど、東京でいうと、やはり最初に運ばれた医療機関で、どういうふうなスクリーニングをしていくのかという話と、場合によってはいずれ関係してくるかもしれませんね。
- そうは言っても、結局、画像の話が、恐らく私たちの地域においては、この手のニューロロジーよりは、かなり役立つのではないですかね。どんな感じでしょうか。
- 平野委員 医療資源をどう活用するのがいいのかなというところで、東京都内の画像の転送と二次搬送という流れと、非常にたくさん医療機関がそれぞれあるとわかったときには、なるべくそういったところに最初から行けるようなシステムを、将来考える必要があるのかなと思います。じゃあ海外ではどんな取り組みかというところで調べたら、こういったものが今のところ行われていますというご紹介ですけど。これをやりましようと言っているわけじゃないですけど。
- 有賀座長 そんなことを言っているのではなくて、こういうふうな経験がほかの地域であったときに、例えば熊本でもいいですし、外国でもいいのですが、それを持ってくるときに、どういうふうな僕らの周辺の状況とシンクロするか、またしないかという、そういうふうな観点でちょっとお聞きしただけで、難しいことを尋ねているわけではありません。
- ただ、CTスキャンの普及にしても、それからMRIの普及にしても、ほかの国に比べると僕らの国は、普及してしまったのだよね。
- だから、そういう意味では画像の話が比較的前面に出てきても、そんなにおかしくないのではないかなという気がしますよね。だから、阿蘇もそうでしょう。
- 平野委員 阿蘇は画像転送と、あとは全くニューロロジーがわからない医者しかいなかったもので、それがテレビ電話でアシストしたという。
- 塩川委員 だけどやっぱり、東京の場合は、多分、直近の先生のところに運ばれたとき、

そこに一応ちょっとはわかる医師がいるはずですので。だから救急隊の方に、次の次ぐらしいの制度で、そういう体制ができたときに、直接運び込むようなことを、ある期間かけてちょっと訓練していただこうとかという、そういうときの事例になるような気がいたします。

○有賀座長 次のフェーズになるのと思いますが、救急隊にその話をするときには、相当程度に、用意周到にやらないと、やり始めたけどやっぱりやめたみたいな話には、なかなかかなりにくいのですよね。何せべらぼうな、戦艦大和みたいな組織ですからね。

○塩川委員 250ぐらいあるんですよね、救急隊が。

○有賀座長 だから、そんな簡単に、じゃあ、やっぱりやめようかなみたいなことになる、暴動が起こります。

そういうことで。この資料7は松丸先生。

○松丸委員 これは僕が関係あるわけじゃないのですが、これは先ほどのようなシステムをコマーシャルベースの i - S t r o k e と、あるいは J o i n というのを使って、徳島大学がやっているという取り組みなので、最後にちょっと病院間の連携もありますけども、特別なものはなくて、僕らの病院でも幾つかの病院でもやっているものなので、これはそんなに大事な資料ではないと思います。

○有賀座長 徳島大学のこの次の、大学病院で S C U を立ち上げたとかありますが、徳島大学の地域における位置づけというのは、いわゆるコンプリヘンシブな脳卒中ケアセンターみたいな、そういうイメージでいいのですか。ここの、私たちが S C U をやっていますみたいな話は。

○塩川委員 それはまあ、リーダーシップの強い教授、永広先生ですけども、これがフットワークの重たい大学病院で。

○有賀座長 永広先生ですか。

○塩川委員 しかし地域医療もがんがんやっている。ですから、そういう大学病院の脳卒中診療プロパーな形にかえていったプロセスという、そんなイメージですけど。

○有賀座長 この5ページにある、この i - S t r o k e というのは、コマーシャルベースになっているということですね。

○松丸委員 そうですね。i - S t r o k e というのは富士フィルムがやっていて、こちらのほうは N T T ドコモが J o i n というのにやって、インターフェイスは変わらないのですけれど、仕組みは N T T ドコモのほうはるかに進んでいて、病院間の連携とかコストの面では、その J o i n のほうが有利な面が多いです。

僕らもそれを使っているのですけれど、非常に使い勝手がよくて、そのほかの病院とそこの医師とのツールとしては必須のツールで、これが病院を超えて使えるようになれば、連携というふうには非常に有用ですけど、問題も幾つかはあると言えます。

○有賀座長 この仕組みが、そのコマーシャルベースになるということは、どなたかが支払いになっているわけですよね。

- 松丸委員　そうです。もちろん病院が払うわけなのですが、投入と運用にもお金はありますね。コマーシャルベースなので、いろいろセキュリティーの問題とか、総務省が出している基準は全部クリアできているという意味では安全ではあると思います。
- 塩川委員　このペラペラの1枚の資料を。脳外科学会のもので、このJoinというのは、厚労省宛てに保険支払いの対象のほうにも、ちょうど今、出回ったばかりなのですが、もともとは慈恵医大の先生方が始められて、都心で松丸先生も含めてやられているものを、保険審査でいろんなロビー活動などをされています。そして、こういう患者さんの搬送の部分で、この保険の費用面でも、担保とするような行動をしている部分があって、それを脳外科学会は、じゃあ公益性もあるしというので、学会としてお願いしていて、そういう状況にありますという紙です。
- 有賀座長　今、松丸先生がお持ちになった資料の中に出てくる、i-Stroke以下が、この汎用画像診断装置用プログラムJoinですよ。
- 松丸委員　そうです。後半に出てくるJoin、i-Strokeから変わったJoinというのが、このシステムです。
- 有賀座長　このJoinという仕組みを使って、ある場所から、例えば徳島大学にヘリが飛んだとか、救急車が走ったという話があったときに、その件も保険の対象にしろと書いてあるのですか。
- 塩川委員　送り出す側と受ける側が保険の点数になるようなことを。
- 有賀座長　搬送代を保険で収載しろという話ではないのですね。
- 塩川委員　このJoinで医療機器としての早期保険収載を要望したと最後に書いてあります。
- 有賀座長　だから、搬送そのものは、例えば実際の消防が運ぶと、今はお金を実際に税金で払っているのですよね。本人は払っていない。そうですね。
- 宮野委員　はい。
- 塩川委員　これは、その中の情報の部分ですね。その部分を医療機器として認可させて、そして保険で支払われるような、こういうインフォメーションコントロール。
- 有賀座長　脳神経外科学会には保険に関する委員会があるでしょう。そこで問題を話しているのですね。
- 塩川委員　そうです。
- 有賀座長　これは伊藤先生、僕が東大の救急部にいたときは、EMI1010が入ったときで、CT室に僕らが行って、ポラロイド写真を撮って、そのポラロイド写真を並べて、それを病棟に持って来てこうですよと。僕らはだから、CT室での画面は見られると。そうですね。
- その後、その画面、そのまま例えば脳外科の外来でも見られるようになるとか、そういうようになる、だんだんと。そういう意味では、現場で見るという画像が、ある日あるときから外来で見られるようになった。ある日あるときからまちを歩いているときも

見られるようになった。といったときに、まちで歩くときに見られるようになったことで金をよこせという話は、どういう理屈になるのですか。

僕がCT室に見に行くときも、何歩歩いたから幾らよこせと。この話とどう違うのですかね。大丈夫ですかね。

○伊藤座長代理 どうなのでしょう。医療機器になるのでしょうか。

○塩川委員 ちょっとお金の話にしたので少し戻りますと、今、A選定でやっているところで、ところがこれは東京都の場合は、重症患者は三次搬送をされる部分がありますよね。その三次で搬送されるところが、必ずしも脳卒中の治療ができる施設とは限らないところがあります。そうすると医師の間での、要するに歩いて行くとか何とかってというのは、病院を超えた医師の情報伝達に先行しているシステムが、このi-Strokeないしそれが発展したJoinというところなのです。だからこれは東京都とセットにしているとかそういう話ではないのですけども、患者さんの、直接最寄りのA選定に運んでくるのは救急隊の方の判断ですけど、それで、うちではできないとかですね、うちも三次で来たけれどもうちではできないとかいうときの、速やかな情報伝達にこういうものを、何らかの形で入れるのは望ましいのかなという、そういう認識です。

○有賀座長 だから、その情報伝達にお金がつくという話は紹介状と一緒にということですかね。

○塩川委員 それは、僕もちょっと。

○有賀座長 きょうの話には直に関係がないけれど、この話の本質的な部分、つまり、「患者が払わなければいけない理由は何か」というところを教えてもらいたいと。それだけの話なのですよ。

○塩川委員 患者が払うわけですからね。

○有賀座長 そうそう。だから、それだけの話。もうこれを読んだときに、どういう理由で患者が払うことになるのかなと。

○塩川委員 だから、財源的な話だとややこしいので、私なんか、実際問題、患者搬送を、転送を考慮するときには、見た医師が転送先の医師と意思疎通をするために使ってほしいということです。

○有賀座長 もっとわかりやすく言うと、クオリティがよくなったのだから、クオリティがよくなったから「その分は下さい」という話を言っていると思えば、それはそれでいいのですよ。そうでしょう。

○塩川委員 それは、準備するのにそれなりの先立つものが必要になるので。

○有賀座長 だから、低いクオリティにはそれなりに、高いクオリティにはそれなりという考えがあれば、クオリティがよくなっているのだから、その分は何らかの形でストラクチャーをつくる側に富を流すべく修正しろという話だというふうに。

○塩川委員 それは先ほどあった、熊本県が医療過疎地です。東京は特に脳卒中診療に限って言えば、今度は1千何百万人も人が住んでいて、特に23区は山のように病院が

あるように見えても、実はできる施設は限られている。そこに必要なところに適切な情報がばしっと迅速に病院に送られるというのは、必要かと。

- 有賀座長 熊本県の場合は、熊本の行政がありますよね。
- 平野委員 地域医療再生計画の中でお金が出てやっています。
- 塩川委員 東京都でも、やっぱり、特に脳卒中の1時間以内に治療しなければいけない。
- 有賀座長 いや、平野先生に質問した途端にもう僕らはわかっていますから。
- 塩川委員 はいはい、わかりました。
- 有賀座長 いや、話の流れがきっとそうなるのではないかとおそれたのでしょうか。クオリティがあるからやったのなら、どうしたというあたりから、何となく雲行きが一緒だったでしょう。
- 伊藤座長代理 今連携のシステムは、色々なところで色々なことをやっています。ここに特化して出すということはどうなのかなというのは出ています。なぜここだけかという理由づけが必要になってくると思います。
- 星野委員 遠隔医療が、先生できるのですよ。実際に当院に入っているのですけれども、外にいても、何人もの医者に一遍にデータが回って、この人どうしますかということができるのです。これは腹部のCTだってなんだってできる、やる気のあるところは何科でも。
- 有賀座長 いや、だから、行政側からいただくという話があれば、先生と一緒にグルになって。

ということで、成田部長以下におかれましては、都民のために大事な税金を効率よく分配するという話が、本件についてもあり得るというふうなことが出た。だから、都民の傍聴があるときにもね。

では、松丸先生、今のでいいですか。

- 松丸委員 はい。
- 有賀座長 その次は、救急医療におけるICTのことについて、これは横田先生に資料を説明下さい。
- 横田委員 これも、実は今の議論の延長なのですが、たまたま自分が脳卒中と急性心筋梗塞の医療連携というテーマで、厚労科研で調べていたのと、今回、資料があったら出してくださいというのが全く一致していたので、資料を提出しました。最初の1ページ目がすごく見にくくてすいません。

一番左側の欄を見ていただくと、ICTシステムと書いてあって、その下に大阪大学遠隔医療システム、その下に埼玉利根医療などと書いてあり、そちらだけを見ていただくと良いと思います。病院前で使うICTシステムの奈良県のe-MATCH、佐賀ネット、あるいはこれ伊藤先生が担当理事だったと思うのですが、東京都医師会の医療連携システムがあります。これは日本医大が試験的に導入し、電子カルテの入っている病院は全部つながるといふ、そういうシステムです。

それから、今お話のあった J o i n、 i - S t r o k e が病病連携のシステムとしてあります。実際もっともあってあるのでしょうけど、それぞれ利点、それから欠点を、表に書き出してみたものです。

もう皆さん知っている部分がほとんどだと思うので、 J o i n や i - S t r o k e は脳卒中だけではなくて、画像転送ですから、全ての疾患に、救急に限らず当然使える、そういうことです。

それから、例えば一番後ろの、これが東京都医師会の報告書からの、そのままコピーして今日の資料にしてもらったのですが、富士通と N E C の電子カルテが実際はつなげることができる。

○伊藤座長代理 先生、実証実験はしてあったんですよ。

○横田委員 そうですよ、存じ上げています。だから、資料も実は、後ろから 2 ページをめくると、日本医大付属病院というのが出ているのですが、実際、伊藤先生の病院の中のカルテが閲覧できるのですよね。実は、日本医科大学付属病院と地域連携の病院と幾つか今つないでいて、電子カルテを書きかえることはできませんけれど、画像は、全部見ることができます。そんなシステムが、実際、試験的ですけども使用されています。

それからさっき、最後に話した i - S t r o k e ですね。システムとして、進んでいるのは上から 2 番目の「とねっと」というシステム。これは実は、患者さん個人の責任で自分でカードを持ち、行政のサーバーに全部そこにデータが入っています。地域が一つの総合病院という発想なのですね。実際、見学に行って、一番進んでいるシステムだとは思ったのですが、ただ実際それほど使われていない。人口 5 万人のうち登録しているのは 1 万 5, 0 0 0 人ぐらいと聞きました、ただ全ての医療機関が行政が管理する「とねっと」のサーバーにアクセスすると、患者さんのデータが全部わかる。そこから、あるいは自分の病院でできない検査を、このシステムで違う病院で検査を振り分けてできるとか、そんなシステムです。

マイナンバーがある意味ちょっと問題を起こしていますけど、多分そういうのが、本来はこういう形でいけたのかなと思っています。

○有賀座長 ありがとうございます。そういう意味では、東京都医師会のそれでもいいのだけれど、それがきちんと普及していくということがもしあると、急性期的にはここでいう J o i n とか i - S t r o k e みたいな話は、全部を包含するというわけではないのだけれど、概念的にはうまくやれば J o i n や i - S t r o k e の仕事もできてしまう可能性があるという、そういうパースペクティブを持ってもいいわけ。

○横田委員 日本ってどうしてもガラパゴス化してしまうのですよね。どうしても日本全体でとか東京都全体でという考えが余りないので、本当はもっと汎用性のシステムが必要です。例えば、 i - S t r o k e もしくは J o i n で広げてしまえばいいという発想はあるのですが、どうしてもそれができない、多分そういう文化なのでしょうね。

- 有賀座長 そうだね。長野県なんてもう峠を越えた次の村には絶対CTスキャンがあるという。
- 伊藤座長代理 1点だけ、これは新倉さんが非常に詳しいと思いますが、とねつとなど、一定の地域でやはりピラミッド型の構図をつくっているところが非常にいいのですね。
ただ、最終的なサーバーを誰が管理するかというのは非常に大きな問題で、東京都の1千万人のデータを取りあえず一カ所に集めて、その一カ所を誰が管理するのかと。これは極めて大きな問題なので、今回、富士通のHuman BridgeとNECのID-Linkをつなげたのは、結局その全体的なサーバーというのは、ストックするサーバーはなくていいですよ。
- 横田委員 クラウドですよ。
- 伊藤座長代理 各医療機関のデータを、そのまま見合うというシステムなので、そうすると、もともとの大もとのサーバーをつくって、そこに管理費用をかける必要がない。そういった意味では保険が非常に安価とは言えませんが、病院間の連携を図るという意味では、非常に普及しやすいシステムだろうと思います。
人口5万単位程度でこういうものをつくっていくのはいいですが、東京都で1千何百万人いて、大体、ジャングルと僕はいつも言うのですけれど、ジャングルがあって、時々高い山が、大学病院があったりします。地方は大体こうなっていて、ここに集中的に集めればいい。そこにぶら下がっているというイメージなので、東京でそういった連携はある意味非常に組みにくい。
- 有賀座長 今言った、仮想のサーバーみたいな形で情報を持ちあうという話が、理屈はわかる。けれど、そうすると例えば、横田先生の病院が流されるという話になったときには、架空のサーバーが、架空でしかなかったのが、実際問題としては、データは流される。
- 横田委員 なくなってしまうということですよ。
- 伊藤座長代理 これ結局、IDをどうやってつなげるかというところのサーバーってあるのですけれど。
- 有賀座長 流されたけれどもデータが残るということは。
- 伊藤座長代理 データ自体をストックするサーバーではないのですね。
- 横田委員 2ページをめくっていただくと、イメージ図で出ています。
- 伊藤座長代理 Joinでも、結局は、画像をサーバーに集めるわけです。集合させてそこにみんなが見に行くシステムなのです。それを病院間で、全体に画像もカルテも検査データも薬剤も含めてカルテ連携をしようとする、それは現実的にはなかなか難しいと。
- そういうことで、それぞれの電子カルテは、それぞれコントロールしているわけですから、そこをつなぐシステムを、今回、検証したということです。
- 有賀座長 そうしたら、先生とか流されそうなきには、別のところに確保しておかな

いといけないかもしれない。

- 横田委員 流されそうなどときにはそうなのでしょうね。
- 有賀座長 わかりました。
- 横田委員 本当に、ほかの病院の画像も何も、コメントまで読めちゃいますから。もちろん、それに対して書き込むことはできないのですけど。
- 伊藤座長代理 ちなみに、その下の開業医の先生までつなげることができますので、開業医の先生はデータを提出することはできないのですけれど、閲覧することはできます。それからメール機能がついていますので、お願いしますとかそういった伝達はできる。
- 有賀座長 そういうふうな、より広い視点でカバーできるような仕組みという話になればなるほど、多分、行政としてはインフラを整備するという観点で、税金を使うとい話は、多分、説明しやすいでしょうね、都議会に。

じゃあ、今日の資料はそんなところでいいですかね。もう時間がないので、僕が持ってきたのは、この中川原先生の地域連携と脳神経外科という話ですし、それから北海道の北海道医報という北海道医師会による記事が、北海道の医師会雑誌の冒頭に載っていた。おもしろいなと思って紹介します。

中川原先生のほうは、ここの話と多分リンクすると思うのですが、前のほうはやめて、後ろのほう1062ページのあたりから。人口50万人に一カ所の脳卒中ケアセンターとかコンプリヘンシブな脳卒中センターの話だとかが書かれている。その病床数は25ぐらいでいいのではないかとか、それからその後は、地域包括ケア病棟などを有する複数のプライマリーの脳卒中センターですか。自立度の低い例は回復期リハビリステーション施設でという。概念的にそんなようなことが書いてある。

だけど、そうは言いながら、1062ページの右側の横に、僕が線を入れてありますが、中核となるCSCと一般急性期を担う複数のPSCをつなぐ急性期連携については、既存の医療連携体制の変革を迫る新たな議論が必要だと。そういうふうなことで、少し難しいかもしれないけれど、論理的にはそうなのだろうと思われま。

それから、その下におもしろいことが書いてあって、僕も言葉は知っていたのですが、どうなっているのかなと思いつつ。発症から在宅復帰までの「一方向性連携」というのと、それから1063ページの右の上から5行目ですか、「循環型連携」と。

要するに、糖尿病や脳卒中は、1062ページの上の絵のように一方向性連携で在宅まで来たとしても、そこから先は専ら在宅で時々入院みたいな、そういう形で行ったり来たりが起こるだろうと。循環型連携になるだろうと。

そういった循環型連携というようなベースラインの上で、脳卒中ケアの話もバックグラウンドの上にその手の話が展開しているのだという認識を、僕たちは持っていたほうがいいのか。それは1067ページの、終わりにというところにある。やっぱり脳卒中ケアセンター、コンプリヘンシブなもの、それから一般急性期を担うようなもののネットワークを、やはりという話で。これはもう、今回のアンケート調査などで、

少しその辺の具体的なイメージを固めていけるかもしれない。

それから、一方向性連携とともに循環型連携の導入云々があつて、これはもうここにおられる大学の先生方は、余りそんなことを言ってもねという話になるかもしれませんが、最後の最後で書いてあることは、やっぱり入院から在宅を担う、複数の、ここは脳外科医と書いてありますが、地域包括ケアセンターの介護支援専門員とも積極的に連携すべきとある。要するに、ここで議論をしている話は、少し視野を広げると、こういうふうなことを知っていないとをいけないだろう。

なおかつですね、僕がおもしろいなと思った、北海道の医師会雑誌には、地域医療構想と地域包括ケアシステムの関係が論考されている。これは確かに、東京都医師会においては猪口先生が地域医療構想について盛んにやっているイメージなんですけど、やっぱりそうだったのだと思ったのは、3ページの右上の8行目ぐらいのところに、僕が線をひきましたが、地域医療構想と地域包括ケアシステムは、一体的に取り組む必要はあるのだけれど、詳細に述べられている文献はないと言っているのですね、この先生が。

どこでしたか、5ページですか。左側の上のほうに、人口4万人以上を抱える包括支援センター云々とあつて、そうすると地域。つまり、さっきの中川原先生の最後のまとめにそう書いてあるのですが、規模が大きくなると、やっぱり医師会が相当程度に出ばつてこないか、本件をまとめるのは難しいのではないかというようなことがここに書いてある。それは、北海道のその小さいまちと大きいまちを比べると、そういうふうだと思う。だから、東京は恐らく大きいほうだから、その手の話を知っていたほうがいい。

それから、5ページの右下のほうに、大都市の場合は、むしろ医療連携、地域包括ケアシステムとの連携については、病院が、二次救急病院が、そういうふうな連携を進めているだろうというようなことが書いてありますし、6ページの最後のところに、地域医療構想で一番問題となるのは、慢性期病院のあり方や地域包括システムとの連携ではないかと思われる。最後に、従って在宅から高度急性期・急性期まで対極的に見ることが出来る組織として、やはり東京都医師会の役割は重要なのだというようなことがここに書いてある。伊藤先生が最初から入ってみえていますので問題ないとは思いますが。

ここで、こういう色々な議論をする中で、やはり、いずれは地域医療構想や地域包括ケアシステムと関わってくるにちがいない。実はですね、4ページの左の上のほうに、高度という、そもそも高度急性期というネーミング自体がよくないのだと。高度イコール程度が高いという意味に捉えられて、特定機能病院自身が高度急性期でなければならないと誤解されているのではないかと。これは猪口先生が言っていました。だからむしろ、重度急性期と言うべきなのではないかと、この人は言っているのですね。

だから恐らく包括的な脳卒中センターを、僕らがもしイメージすると、重度急性期、つまり高度急性期なのだけれど本当は重度急性期の、そういうような病床を持っているところをイメージするのかなと。そういうようなところと一般の病院の連携をどうい

ふうと考えていくのか。一般の病院との連携を考えているということは、一般病院とそれから循環型の患者さんを含めた地域包括ケアとうまくシンクロさせようという話なのではないかと思う。

ですから、この地域医療構想の中に高度急性期、急性期、回復期、慢性期があるのだけれど、いわゆる地域密着型病院が恐らく包括ケアのときに大事になる。地域の先生が見ていて、やっぱりちょっとだけ入院と、ほぼ在宅だけれど、時々入院というそのときのパートナーは、いわゆる今で言う地域密着型病院なのではないか僕は思っています。そうすると、地域医療構想の病院を並べて、機能をばさばさと説明しているのだけれど、地域密着型病院というのはどういう位置になるのかなということ。ちょっと僕も問題意識としては持っていたので、こんなものを読んだ次第です。

それはもう、今日は時間がないので、伊藤先生、ちょっとコメントだけいただいて。

○伊藤座長代理 塩川先生もかなりご存じだと思うのですが。

○塩川委員 あしたも来なければいけない、ここに。

○伊藤座長代理 そうなんですよね。結局、2025年に向けて何が変わるかということ、もう高齢者が増えるのは当たり前のことなのです。その高齢者が増えるところを、どう地域で受けとめていこうかということ。これが今年の医療介護総合確保推進法の第1条では、効率的かつ良質な医療と供給体制と地域包括ケアという両輪を出しています。

その地域包括ケアと地域医療構想というのは、基本的には良質な医療体制をどうするかという問題で、本来はセットであるべきなので、地域包括ケアとどう融合させていくかということが非常に大きな問題です。先生のおっしゃるとおりだと思います。

四つに分けたときに、実は高度急性期病院といった定義はしなくて、高度急性期機能、急性期機能、慢性期機能、そういった分け方をしているので、実際には病床規制とか病床区分ということが目的ではなくて、2025年にはどのような医療資源を確保、費やしやすい患者が何人いるかということを実は予想しているものなのです。それに備えて、地域としてどの病床を確保していかなければいけないかと、それが地域包括ケアです。

そしておそらく、高度急性期の中にこういったStrokeセンターが入ってきたときに、それはやはり高度急性期となります。そうすると、実際に高齢者が在宅や生活に戻っていくときには、循環型の介護になる。その中で再発を起こしたときに、また高度急性期のほうに。そういう機能分化とその地域のシステム、その辺をどうやって調整していくか、これからですよ、本当に。

○有賀座長 だから、脳卒中の話をするのだけれど、そういった話を横目で、よくよく見ながら、この手の話を進めていきましょうねという、そういうことでございます。

だからといって、カテーテル治療は、細かな話とっているつもりはなくて、患者さんはその治療を受けた後がありますから、そういうふうなことを僕たちもよく認識しながら、本件を進めていく必要があると。こういうふうな文脈、コンテキストであります。

○横田委員 いいですか、すみません。伊藤先生の後コメントをするのは憚れるのです

けれど、さっきの関係で西多摩医療圏は、地域で発生したほとんどの脳卒中データを持っているんです。それを見ると、循環型になっていないのですよ。脳卒中の場合、医療連携で回復期時期にきて、そこでまた何かの疾患が発症し、急性期ということになるのですけれど、そこが円滑に言っていません。実は循環型になっていないということです。

- 有賀座長 循環型のデータは持っていないという意味。
- 横田委員 いや循環型ではなくて、循環になっていない、なれない。
- 有賀座長 でも脳卒中の長崎県の高齢者搬送に関するデータによると、1位が肺炎で、肺炎と同じぐらい脳卒中がいて、その脳卒中のほとんどが脳梗塞で、そういう65歳以上の脳梗塞は再発の脳梗塞だと。だから、地域の病院で十分ではないか。そういう議論になっていますよね。
- 横田委員 そうなのですが、ところがもう一回再発だと急性期にいきますよね。急性期にいて、その後にもまた循環にならないのですよね。糖尿病とか心筋梗塞というのと、やはり脳卒中というのは同じではないと思うのですよね。だから、疾患を考慮せずに循環型というふうの一つに捉えてしまうと問題があります。
- 有賀座長 僕は捉えていないんです。そういう考えを持っていないといけないというだけの話なので。
- 横田委員 もちろんそうだと思いますけど、実際はなかなか、西多摩医療圏でさえ難しいというような状態にはなっているみたいですね。
- 有賀座長 その医療圏のデータというのは、どうやって先生、手に入れたのですか。
- 横田委員 青梅総合って西多摩医療ですよ。
- 有賀座長 青梅。
- 横田委員 はい。
- 有賀座長 川上先生がいるよね、あそこには。
- 横田委員 川上先生とあと高橋真冬先生がおられますけど、地域で発生した脳卒中のデータを全部持っているのです。地域外からももちろん脳卒中の患者さんも受け入れていますが、それこそ地域包括ケアをやられていて、脳卒中だけは循環しないというふうによくおっしゃっています。
- 有賀座長 それは、再発がないという意味ではないよね。
- 横田委員 ではなくて、やはり受入側に医療連携の部分。だから、1回の循環はできるのですけれど、2回目の循環ができない。
- 有賀座長 だから、2回目の脳梗塞も先生のところに行くのだね、きっと。
- 横田委員 そうなのです。
- 有賀座長 そうでしょう。
- 横田委員 そこでとまってしまう。
- 有賀座長 また戻すのだけれど、一方向で戻すけれど、また起こすと青梅総合に来ると。そういうことでしょうか先生。

- 横田委員　そういうことです。
- 有賀座長　だから、そのところは、実際どのようなかと言えば、猪口先生との議論をここで披露すると、東京消防庁が運ぶと必ずそうなるのだろうと。要するに。
- 横田委員　だから猪口先生になったシステムですね。
- 有賀座長　だから、その地域における地域包括ケアみたいな考え方で行くと、中学校の1学区とかよく言っているけれど、そこまでいなくてもいい。しかし、比較的小さなコミュニティで、そこで面倒を見られるような、そういうふうなお医者様がもしあれば、そこに運んでもいいのではないかと。
- それはだから、熊本の山の中ではニューロロジーもとれない場合があるという話が出ましたので、それではとてもではないけれど運びようがないかもしれない。しかし、点滴ぼたぼたで、もうそろそろだよねというふうなことがあれば、それはどこに運ぶという話もあっていいのではないかなと。もしそれができれば、循環型みたいな話になるのかもしれないね。
- 塩川委員　違う話を少しだけ。この今の医療体制の話はね、まあまあそうなのですけれど、このワーキンググループの工程表というか、今後の見通しで、今アンケートの話がありましたけれども、それはいつごろを、例えばどういうものを目標にしてというのは。今日でなくてもいいですけれども、それはどこかできつていただきたい。
- 有賀座長　やりましょう。
- 塩川委員　そうしないと、何ていうか、どの辺を目標にして、また地域医療構想もまだまだ、今年度できるらしいですけれども。
- 有賀座長　だけど先生、少なくともできるところに運ぶ仕組みを早いところつくりたいという話がありますから。
- 塩川委員　そうです。
- 有賀座長　それは、さっき言ったアンケート調査を見て、こんなにいっぱいあるのだねという話と、これっぽっちしかないという話もあるわけで、それによっても、随分、途中の作成が変わってきますから。
- 塩川委員　見てから。
- 有賀座長　だから、野球のナイターでいえば6時ぐらいに始まって8時ぐらいまで。8時半か9時には決着がつくのですよね、一般的に。そういう意味では、これを見れば、こんなに救われるのだったら救えるなりに少し頑張っようねとか。恐らく3月ぐらいに、もう一回みんなが集まったときに、次の年度の終わりまでに、最初の何か月間でやったデータについて議論できますよねというところまでは持っていきたいという気は、漠然と私にはあります。
- だから、つまり来年の今ごろようやくできたというのではなくて。気持ちとしては。では、ここで議論は終わったことにして、後は事務局、どうしましょうか。
- 新倉課長　ありがとうございます。本日の資料についてはお持ち帰りいただいてもも

ちろん結構ですし、残していただければ、そのまま後日郵送させていただきます。

また、お車でいらっしゃった方は、駐車券をお渡ししますので、事務局職員にお声かけいただければと思います。また、軽食をご用意させていただいております、もしお手をつけていなければ、お持ち帰りいただければというふうに考えております。

次回のほうは、また調査の結果がまとまり次第という形になりますので、ちょっと3月か、もしくは4月かというようなぐらいかと思います。また改めて調整させていただきたいと思います。

事務局からは以上でございます。

○有賀座長 さっきの、メールでお返事する話も宜しく申し上げます。

ではそれで、先生方、どうも今日はありがとうございました。

(午後 8時05分 閉会)