

第 1 回

東京都脳卒中医療連携協議会

会 議 録

平成 2 9 年 7 月 2 7 日

東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○久村課長 恐れ入ります。定刻となりましたので、ただいまから、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、ご多忙中のところ、また、遅い時間にもかかわらずご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

私は、福祉保健局地域医療担当課長の久村でございます。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。それでは、着座にて説明させていただきます。

まず、会議資料についてでございます。会議資料につきましては、次第に記載のとおりでございます。関係する議事の都度、事務局から資料の確認と概要説明をさせていただきますので、不足、落丁等ございましたら、その都度、事務局にお申しつけください。

なお、本日は、委員委嘱に係る委嘱状を机上に置かせていただいておりますので、ご確認いただければと存じます。

続きまして、今回は、新たな任期に入りまして初めての協議会の開催となりますので、委員の皆様をご紹介させていただきます。資料1、協議会委員名簿をごらんください。名簿順にご紹介させていただきます。なお、進行の都合上、役職等は省略させていただきますので、名簿にてご確認いただければと存じます。

高木委員でございます。

○高木委員 高木です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 和田委員におかれましては、到着がおくれていらっしゃるようでございます。

吉田委員でございます。

○吉田委員 吉田です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 門脇委員でございます。

○門脇委員 門脇です。

○久村課長 木下委員でございます。

○木下委員 日本大学の木下です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 糟谷委員でございます。

○糟谷委員 よろしく申し上げます。

○久村課長 井手委員でございます。

○井手委員 井手です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 石田委員でございます。

○石田委員 石田です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 野川委員でございます。

○野川委員 野川でございます。

○久村課長 なお、北多摩西部の代表の方につきましては、現在、調整中ということでございまして、本日は欠席ということになります。

塩川委員でございます。

- 塩川委員 塩川です。よろしくお願いいたします。
- 久村課長 石橋委員でございます。
- 石橋委員 石橋です。よろしくお願いいたします。
- 久村課長 安保委員でございます。
- 安保委員 安保です。よろしくお願いいたします。
- 久村課長 有賀委員でございます。
- 有賀委員 よろしく申し上げます。
- 久村課長 篠原委員につきましては、おくれてお見えになるとご連絡をいただいております。

また、新田委員につきましては、ご欠席とのご連絡をいただいております。

林委員でございます。

- 林委員 林です。どうぞよろしくお願いいたします。
- 久村課長 横田委員でございます。
- 横田委員 横田です。よろしくお願いいたします。
- 久村課長 渡辺委員でございます。
- 渡辺委員 渡辺です。よろしくお願いいたします。
- 久村課長 新井委員でございます。
- 新井委員 新井です。よろしくお願いいたします。
- 久村課長 石原委員でございます。
- 石原委員 石原でございます。よろしくお願いいたします。
- 久村課長 清水委員でございます。
- 清水委員 清水です。よろしくお願いいたします。
- 久村課長 森住委員におかれましては、ご欠席とのご連絡をいただいております。

大木島委員でございます。

- 大木島委員 大木島です。どうぞよろしくお願いいたします。
- 久村課長 田中委員でございます。
- 田中委員 田中でございます。よろしくお願いいたします。
- 久村課長 辻委員でございます。
- 辻委員 辻でございます。よろしくお願いいたします。
- 久村課長 早川委員でございます。
- 早川委員 早川でございます。よろしくお願いいたします。
- 久村課長 西山委員でございます。
- 西山委員 西山でございます。よろしくお願いいたします。
- 久村課長 成田委員でございます。
- 成田委員 成田でございます。よろしくお願いいたします。

○久村課長 なお、本協議会の会長には有賀委員を、それから、会長代理は高木委員に引き続きお願いさせて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3-2におつけしております運営に係る細目第7にございますとおり、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、原則として公開となりますので、ご了承ください。

また、本日は、傍聴にいらしている方がいらっしゃいますので、あわせてご了解いただければと存じます。

また、発言の際には、お手元の右側のボタンを押していただいでご発言いただきまして、ご発言が終わりましたら、また同じボタンを押していただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

また、本日、お席にお茶と軽食をご用意しておりますので、召し上がっていただきながら議事を進めてまいりたいと思います。

では、これからの進行、有賀会長にお願いいたします。

○有賀会長 では、早速、平成29年度第1回の脳卒中医療連携協議会を始めたいと思います。お手元に次第がございますので、議事が二つ、報告が二つで、順番は、これに従ってというふうに思いますので、よろしくお願いいたします。

議事の1からということになると、資料は4-1とか4-2ということになるんですかね。お願いします。

○清野主事 事務局の清野でございます。

それでは、私からは、脳血管内治療に関するアンケートの調査結果と、脳血管内治療検討ワーキンググループにおける議論を踏まえました脳血管内治療に関する搬送体制についての事務局のまとめについて、ご説明申し上げます。資料についてですが、資料4-1、4-2をもとに説明させていただきますので、ご用意いただければと思います。基本的には4-2をもとにご説明申し上げますので、4-2をごらんください。

では、4-2、1枚めくっていただきまして、会議の開催の経過からご説明いたします。まず、ワーキンググループについてですが、前回、平成27年8月に開催されました当協議会におきまして、設置が承認されております。以降4回にわたりまして、アンケートの調査結果及び脳血管内治療に対応した救急搬送体制について、議論をいただきました。各回の会議の議事の内容については、ごらんとおりでございます。

では、1枚おめくりください。次に、脳血管内治療に関するアンケートの調査結果について申し上げます。まず、このアンケートですが、調査対象といたしましては、調査票を発送した時点の平成28年2月に、東京都脳卒中急性期医療機関として登録していた163病院、内訳ですが、Aが118カ所、Bが45カ所について行いました。同年の提出期限までに回答がありましたのは、そのうちの145病院でございまして、回答率は89%でございました。

では、アンケートの結果についてご説明いたします。まず、左側をごらんください。

これは、脳血管内治療の実施の可否を聞いたものです。回答があった145病院のうち、脳血管内治療が実施可能な施設は、88施設でございました。この中で、「365日24時間可能」と答えた施設は53、「時間や日によって可能」と答えた施設は32でございました。

次に、右側でございますが、これを患者数で見た数字でございます。平成27年、1年間に脳血管内治療を実施した患者は899人、1日当たりで申し上げますと、2.46人という結果になりました。

では、おめくりください。次に、脳血管内治療を実施できる医師数についてでございますが、日本脳神経血管内治療学会の指導医及び専門医の数は145名、そして、その専門医に準じる経験を持つ医師数は116名の計261名でございました。

右側ですが、参考といたしまして、t-PAの実施患者数を載せてございます。t-PAにつきましては、全患者数が1,076人、1日当たりで申し上げますと、2.95人の実施でございました。

なお、アンケートに関する資料としては、参考資料の1から3をそれぞれつけてございます。こちらについては、説明を省略させていただきますので、後ほどごらんいただければと思います。

アンケート結果については、以上でございます。

それでは、1枚おめくりくださいませ。さて、ここでは、現在の脳卒中医療連携の主な取組についてご紹介いたします。東京都では、現在この協議会のほか、脳卒中の急性期医療機関の認定、それから、二次医療圏を単位とした圏域別検討会の設置などを行っております。現在の急性期医療機関数と圏域別検討会の事務局をお引き受けいただいている施設については、ごらんのとおりでございます。

では、1枚おめくりください。この資料ですが、ここではワーキンググループにおける議論をもとにしまして、事務局で作成しました現在の現状と取組の方向性について、ご説明しております。

まず、脳血管内治療を取り巻く現在の状況についてでございますが、脳卒中急性期医療機関163施設のうち、88施設において脳血管内治療が可能でございます。しかしながら、脳血管内治療可能医師の不在や、脳血管撮影装置が使用できない状況などによって、脳血管内治療適応患者に円滑に対応できない場合があるとの意見がございました。したがって、地域における医療機関が連携し、脳血管内治療を適時適切に行うことのできる体制が求められます。

このようなことから、脳血管内治療の必要な患者に対し、地域において、適時適切に治療を行えるよう、転院搬送を円滑に行うことのできる体制の充実を図るという方向性をお示しさせていただいております。

具体的取組といたしましては、脳血管内治療を行う際の転院搬送の仕組みの検討に加えまして、ICTなどを活用した転院搬送のための情報共有ツール整備支援の検討を行

います。おめくりください。

こちらの図でございますが、これは現在の救急搬送体制に脳血管内治療についての転院搬送の仕組みを加えた場合のイメージ図でございます。半分より上の部分につきましては、現在の脳卒中の急性期の搬送体制を示しております。

まず、救急隊は、状況に応じまして、重症度、それから脳卒中の疑いの判断を行います。これにより重症以上ないしは中等症以下で、かつ脳卒中の疑いがあるという場合には、原則、直近の脳卒中急性期医療機関に運ばれ、そこでt-PAを含みます各種の治療が行われます。今回の案では、この急性期医療機関に運ばれた後に、その医師が脳血管内治療適応の有無を判断します。これによりまして、適応がある場合でかつ、運ばれた施設で脳血管内治療が可能が場合、その施設で脳血管内治療を実施します。運ばれた施設では、医師の不在や機器の都合等により不可能である場合、もしくは、脳血管内治療が不可能な施設である場合は、脳血管内治療可能な施設に転院搬送をするということになります。なお、脳血管内治療適応がない場合は、そのまま自施設で、脳血管内治療以外の治療を継続します。

では、次おめくりください。それでは、先ほどの方向性を踏まえまして、今後の取組についての案をご説明申し上げます。まず、東京都が脳血管内治療に関する調査を実施いたします。現状把握です。この内容については、この後詳しくご説明を申し上げます。その後ですけれども、各地域において現状把握での調査結果をもとに、脳血管内治療についての実態を把握していただき、そして、知識の共有を行います。並行しまして、脳血管内治療ワーキンググループにおいて、ICT等を活用した情報共有ツール整備支援の検討を行います。ここで書いております情報共有ツールについては、現段階におきまして、転院を速やかに行うために必要な画像情報、その他の医療情報を共有することを主な使用用途として考えております。

その後、各所での議論をまとめまして、ワーキンググループで具体的な運用方法についての検討を行います。そして、当協議会で報告・承認を受け、転院搬送体制の運用をしていくという流れになります。

では、次に進みます。先ほど申し上げました医療資源の詳細調査についてご説明をいたします。まず冒頭に説明申し上げました、昨年行いましたアンケートですが、こちらについては、転院搬送についての調査項目が少なかったこと、並びに、調査結果について、医療機関間において共有を予定していないというようなことがございました。このため具体的な転院搬送の検討や医療機関の間での情報共有のためには、より詳細な調査が必要であると判断をいたしました。つきましては、新しい調査を実施いたしますが、対象につきましては、東京都の脳卒中急性期医療機関（A、B）について行います。内容の詳細につきましては、前回のアンケート調査の結果を踏まえまして、脳血管内治療検討のワーキンググループで検討をさせていただく予定でございます。

それでは、次におめくりください。ここでは、各圏域で取り組んでいただく取組の案

についてご説明を申し上げます。まず、圏域別検討会の参加者でございますが、現在行われております圏域別の検討会の参加者にプラスしまして、転院搬送についての話し合いを行うため、脳卒中急性期医療機関Aに参加いただくこととしております。また、必要に応じまして、Bの医療機関にも参加いただく予定でございます。

こちらでは、主に二つのことについて共有をしていただきます。一つ目は、まず脳卒中急性期医療機関の先生方のおきまして、脳血管内治療についての知識の共有をしていただきます。具体的には、治療が適応になる患者及び実施できる条件について、t-P A治療との関係性について、そのほかについて共有をしていただきます。

その後、地域における医療資源の実態把握及び課題についての洗い出しを行っていただきます。これにつきましては、圏域内、場合によっては圏域の外ということもあると思いますが、脳血管内治療の実施状況について、実態を把握していただきます。

また、現状において、既に行われている自発的な転院搬送の件数、形態及び課題について洗い出していただきます。そして、ここで話し合われた内容を脳血管内治療検討ワーキンググループに報告いただきます。

最後の紙ですが、こちらにつきましては、先ほど申し上げました一連の流れにつきまして、大まかな時期を書いたものでございます。まず、詳細調査と、それからICT等を活用したツール支援整備の検討については、この協議会の後、夏ごろにワーキンググループを開催する予定でございます。その後、医療機関に対する調査を年末にかけて実施をいたしまして、年明けに調査結果を共有したいと考えております。

その調査結果をもとに、医療圏ごとに話し合いを行っていただき、ワーキンググループでもんだ後、来年の夏ごろには、この協議会で報告・承認を受けるということを考えております。

報告につきましては、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。

きょうの議題は、今の脳血管内治療に関する搬送の仕組みづくりについてのことと、それから、東京都の保健医療計画が改定されますので、それにこれらの件をどう組み込んでいくかというふうな話であります。後段はまた、もちろんやるわけですが、今の資料4-2、4-1はアンケートの結果で、色がついてきれいですけど、基本的には4-2を見ていただいて、今の説明を聞いていただいて、ご質問等を受けたいと思います。質疑応答をする中で、多くの方の、何とかな、理解が深まっていくというふうになっていくんじゃないかなと思いますが、そこら辺、適宜よろしく願います。

どなたからなんですかね。

塩川先生、本件については、歩みのがろいというふうに、多分お思いなっていると思いますので、このワーキンググループにおける議論を踏まえた事務局の今後の展望に関しては、どんなような感想をお持ちですか。

○塩川委員 杏林大学の塩川と申します。

私は、この資料2のワーキンググループのメンバーにも加えていただいたので、この経緯を把握しているんですが。このアンケートがまだ平成28年ごろの時点ということでありましたので、歩みの速さの話については、現場は、非常に脳卒中の血管内治療が体制の構築を望む声が多いので、遅いかなという印象は持っていました。それから、きょうのお話は初めてお聞きしていて、流れはわかったんですけど、例えば、今この資料4-2の6番の医療資源の詳細調査、これは転院搬送についてを想定してということだと思うんですが、現実には、t-PAは発症4.5時間以内ですが、血管内治療は発症6時間以内ぐらいのところ、もう治療のできる施設とか、医師の数がかなり限定されております。転院搬送についての調査項目の少ないというご指摘は、どういうところを目指した転院搬送かというのを、把握していただくのがよろしいのではないかと思います。それから同じく10ページ、7番の圏域別検討会。これ二次医療圏を想定しているんだと思うんですけども、二次医療圏は、皆様方ご存じのように、23区は七つで、多摩は5個で、島しょはほかにあるわけですけど、多摩地区ですと、もう既に医療圏というよりは、5つの二次医療圏で、顔の見える連携もそうですけど、前向きの患者さんの集計であるとか、定期的な集まりを、もうやらざるを得なくてやっています。この圏域別検討会、都心の部分は、それなりの医療機関も、もちろん人口も多いので必要があるのかと思うんですが、地域によっては、もう少し広域的なものとか、既存のでき上がって、今動いている体制が、この1年半前と比べると、またかなり変わってきているところがあると思います。その辺も加味したものが必要かなというように、今、有賀先生に最初に振られて、とりあえず思いついたところが、今の二、三述べた感想であります。

- 有賀会長 多くの方に思い出していただくためにも、先生等にもう一回、お聞きします。4ページに、どのぐらいその患者がいるかというのがあるじゃないですか。これは、割り算をしてこのぐらいというふうな話になっていますが、たしかワーキンググループの中での疫学的な引用などによって、おおむね3人ぐらいかという話になったような気がするんですよ。ですから、したがって、人口のディストリビューションからすると、23区内に2人、それから多摩地区に1人という話になりますので、圏域ごとの勉強会は、勉強会でいいとは思いますが、患者さんの流れからすると、多摩地区でどの二次医療圏がどうしたこうしたというよりは、恐らく多摩地区全体として考えざるを得ないだろうと。

それから、区部も、恐らく平均して1日に2人とかとなると、どこの医療圏で出たから、どこでどうしたという話よりも、やはり、もうちょっと広めに考えていかないといけないだろうという話になりますから、二次医療圏は、何かをするときのその手だてとしての二次医療圏はそのとおりだと思うんですが、患者さんの流れからすると、必ずしもそれに、何というかな、とらわれているわけでは必ずしもないじゃないかなというふうに思う次第です。そこら辺の議論はどんなふうだったか、ちょっと、事務局には思い出させていただけますでしょうか。



○久村課長 ありがとうございます。

3ページをご覧いただくと、血管内治療を実施した入院患者は1日当たり2.46人という数字がございますので、必ずしも転院は、二次医療圏でのルールをつくるという形での検討・ご議論ではなくて、広域的に展開していくという流れになろうかと思いません。ただ、情報共有、あるいは課題の整理というところでいきますと、余り広域的になりますと、例えば、A施設118という数字もございますので、ある程度、きめ細かにご議論いただくという意味で、医療圏ごとでいかがでしょうかというご提案です。一方で、おっしゃるように、特に多摩地域には、既に基本的なベースがあるということも踏まえますと、必ずしも二次医療圏ごとではなくて、より広域的な集まりでの検討も考えられると思っております。

○有賀会長 ご意見いかがでしょうか。

どうぞ。

○横田委員 横田ですけれども、私もワーキングのメンバーの1人でした。この9ページのところの、調査結果は医療機関で共有を予定していないという、前回のアンケート結果ですが、アンケート調査結果の立派な報告書が作成され、ホームページにも公表されていますよね。かなり分厚い内容で、私もそれを引用したこともあります。また、アンケートの調査をするのはいいんですけれども、むしろ、前回の調査で十分な結果が出ているというふうに思っています。この議論を、例えばこのICTの導入というところに時間をかけたほうがいいと思います。このロードマップで示されているその平成30年7月の報告・承認というようなどころに向けて、よりいい結果が出るような気はしています。

アンケート結果のホームページを見ると、かなり細かな部分が既に明らかになっていくと思いますので、またアンケートをやるということは意味はないとは言わないですけど、もう少し時間を有効に使ったほうがいいのかなというふうに思いました。

○有賀会長 この結果の共有を予定していないと書いてあるのは、全体のさまざまな結果について、まさにその引用するという立場で十分に利用できるという意味においては、共有するんですよ。ただ、Aの施設、Bの施設、Cの施設というような形で、搬送という、どこの施設に運ぶのかというふうな観点で言うと、「どの施設がどんなふうであるというふうなことを共有しているわけでは必ずしもない」というふうな意味で、僕はこれを読んだんですが、「共有を予定していなかった」という話の部分を、ちょっと優しく説明してもらえますか。

○久村課長 ありがとうございます。

有賀会長がおっしゃるとおり、このアンケート調査は、都全体の状況を確認するという意味で、これを活用して、ワーキングでご議論いただいて、今後の取組につなげていくという考えがございます。ただ、今後、転院搬送を実際行う際に、それぞれA医療機関、B医療機関がどういう体制をとれていて、例えば、24時間365日可能である、

あるいは、この時間帯だったら可能であるというものをリスト化いたしまして、それを、転院搬送の場面で活用いただくということも考えるといいたしますと、それを前提として改めて調査をかけていく必要があるという考えで、先ほどの表現になっているところがございます。

例えば、365日24時間可能であるということで、65施設からご回答がありましたけれども、もしこれをほかの医療機関さんにも、病院名を出してお伝えしますよということになったとすると、本当にこの回答になるのかということもあると思いますので、各医療機関の体制状況を共有するという前提で改めて調査をして、それをリスト化して、今後、活用していきたいという趣旨でございます。

○有賀会長　そういう意味では、何と言ったらいいのかな、搬送の形式そのものをこんなふうになりそうだねというふうな議論は、例えばワーキンググループの中でやる分においては、そのAの施設、Bの施設を具体的に見ながら、議論はできるわけですよ。ですから、そういう意味では、先生、同時進行で、もうどんどんやっちゃっていいんじゃないかなとは思うんですよ。

○横田委員　いや、決してするなと言っているのではなくて、前回もそうだったんですけど、アンケートをつくるのにはかなりの議論をして、それを解析するのめかなりの議論もした記憶があります。有賀先生の話であれば納得しますが、時間を有効にして、同時にいろいろな課題、例えばICTのそのありようとかというの、十分に議論したいなというふうには思います。以上です。

○久村課長　ありがとうございます。

まさに、おっしゃるように、現行のアンケート調査である程度の部分が見えますので、これをベースに搬送体制の実際のルールづくり、仕組みづくりというのを、行っていただいて、同時に次のアンケートを走らせていくつもりでございます。

○有賀会長　どなたか。じゃあ、せっかくなんで、大木島さんがおられますので、ちょっと7ページをあけてもらえますか。ここに、上半分はもう従来のAとかBとかという…。

血管内治療の適応の有無という、これも日進月歩の血管内治療のテクニカル面での進歩などもありますので、ある日、あるときのその判断というのは、未来永劫に正しいかどうかはまた別ですので、これもみんな情報共有した途端に古い情報になる可能性もないわけじゃない。従って、なかなか単純にはいかないんですが、こういうふうなことができたと仮定して大木島さんにお聞きするのは、その後、下の真ん中に転院搬送とありますよね、この転院搬送のその施設は今議論のあった、この施設とこの施設とこの施設は24時間体制オーケーだよという話になったときに、大木島さんたちからすると、この二次救急、t-PAを含む治療の実施と真ん中にありますが、脳卒中Aのところへ運ぶ。それから、その後の転送の、何て呼ぶかはまだ分かりませんが、その施設とは、とりあえず、この下の転院搬送の施設そのものは、ある意味、大事な施設なので、

片っ端からそこへAだとおぼしきものを運びまくるというふうなことをしちゃうと、この話が崩れると思うんですが、そこら辺の交通整理についてのイメージは、大木島さんからすると、大体こんな感じかなというのはいかがなものでしょうか。

○大木島委員 発言よろしいでしょうか。今のお話ですと、先ほど3ページ、4ページのところで、現状の治療の実績、患者さんの発生数が出ております。これを今ご報告ありました、その脳血管内治療の行える病院の数からすると、今は直近のt-PAが打てる脳卒中Aのところに運ぶべき患者さんを、直近のところへ連れて行っているという患者さんと、また、これが、脳血管内治療が必要な患者さんが発生する数というのを今比較してみると、それほど一遍に大人数が1日に同じ施設に運び込まれるような数ではないなと思いつつも、たまたまダブることもあるといったようなご疑念だと思いますので、一定ルール化をすれば、そういう振り分けはできると思うんですけれど、今の救急隊の現状の観察の要領ですと、それを分けることができないので、やはり一番、もちろん時間的な要素が一番厳しいt-PAが打てる脳卒中Aを必要とする患者さんというふうに判断すれば、直近に行かざるを得ないといったところになります。

○有賀会長 僕の質問はそれプラスアルファで、直近のA施設に運ぶという、その基本的なルールがありますよね。そのAの施設がたまたま転院先の搬送になるという場合も、あり得るわけですよね。例えば、杏林大学なんかはそういうふうな可能性が高いわけなので、そういうときに直近の杏林大学に運ぶという話と、それから、転院搬送になったときに杏林大学に運ばねばならないというふうなことが多摩地区で起こると仮定したときに、直近の杏林大学はもったいないからとっておこうと、そういうふうなことにはなくてもいいよねという程度のことを、ちょっと今、イメージとしてお聞きしようと思ったわけです。

○大木島委員 まさに、イメージとしては、もうそのとおりのことだと思います。

○有賀会長 となりますと、血管内治療ができるところが、ここと、ここと、ここと、ここという話は、例えば手挙げで、アンケートも手挙げといえは手挙げみたいなものですが、この話があって、それで現にそうだなと思うような施設がわかれば、このページの7のこの話は、それなりの解決を見られると思います。

今のそのAに運んで、そのAの施設の先生のどなたかがやっぱり杏林に運びたいねと言ったときに、杏林に運ぶという話のときに、Aの施設で杏林がもう既に選ばれていて、山ほど血管内治療をやっている、そこに血管内治療の患者が来てパンクするというふうなことはどうもなさそうだなというようなことであれば、今でもこのルールはその気になればできちゃうと、先生が言っていた遅いんじゃないかという話は、それなりの答えが出るよねという、そういうふうなイメージ。

○塩川委員 よろしいですか、思い出してきましたので。人数につきましては、これは資料3にあります。これは確かにt-PAが1日3人ぐらいだろうというのは、結果としてそうでと。最初に要請があったときは、急に手足の麻痺と失語がありますと、これは

もうこの時点では治療となるかどうかはわからないんですね。同じような、そして、将来的には最初の救急外来レベルというか、もう病院の前で選別というか、トリアージができればいいんでしょうけど、とりあえずはわからない。この一晩に東京都で3人ぐらいだろうというのは、結果として治療になった部分なので、その搬送対象になる人はその数倍ぐらいはいるんだろうというのが一つ目。

○有賀会長 それはt-P Aでしょう。

○塩川委員 t-P Aにしる、血管内治療も同じですよ。

○有賀会長 だから血管内治療に関して言うと、同じような議論になっちゃう。もう一回議論をやらなきゃいけなくなったりして、それでも答えが出なくなる可能性があるんで、大木島さんに尋ねた。それで現に血管内治療に関するその病院の中の仕組みを作動させる、つまり、医者やその他のスタッフや機器をとる場合は、多摩地区においては1日に1人ということをおかないと、10人来るかもしれないよという話になると、もう10人のうち9人はやらないけれど、この転送先に運ぶんだみたいな話になっちゃうと、仕組みが仕組みじゃなくなってカオスの状態に陥る。

それで僕は今、大木島さんに、Aとおぼしき施設に直近に運んで行ったと仮定して、それで、そこからいよいよといったときに先生のところに行くというようなときに、この仕組みは大丈夫だよというふう聞いたのはそこなんです。

だから、t-P Aの場合には確かにそうじゃないかもしれない患者さんが来ると、「だから、t-P Aができる施設に運ぼう」という話でいいんですけど、血管内治療に関して言うと、血管内治療ができる施設に片っ端から運べという話になかなかならないので、それで、今ここで「治療の適応があるか、ないかを施設の中で決めてくれ」という話になっているじゃないですか。

だから、それでもなおかつ施設の中でオーバートリアージのほうが、患者から文句言われないからといって杏林大学にばんばん送るといようなことが起こっちゃうと、全体としては仕組みじゃなくなってしまうという、それを僕は言っているんです。

○塩川委員 わかりました。

もう一つは、人数はわかりましたので、やっぱり時間が大事なので、例えば、もう一回アンケートをして病院の能力を聞くというのも、僕は横田先生と同じように、もう既にやっていますので必要性は低いと思います。例えば、この参考資料の3、東京都の地図があるやつも前に配られていて、これは前は病院の名前が入っていたのに、今回は消されているんですけども、この血管内治療というのは、その発症から6時間以内ぐらいになるともう時間の勝負なので、うちは365日24時間と言いつつも、ある時点では難しいという状況が要するに医療資源の問題で発生する。そうすると、今からもう一回アンケートをして、その病院の能力を聞くよりも、リアルタイムの端末のような形で、今だとその血管内治療が必要な可能性の高い人は受けられますという、現場の必要な情報はそういうことなんです。

それで多摩地区では、血管内ができる医者的人数が資料の4にありますけど、東京都は260人いても、多摩地区でできる人は40人ぐらいとかなり少ないので、既に多摩地区で血管内のできる施設、これは参考資料3で、この青で書いてあるところですけども、実際にやっているところは10カ所ぐらいしかないので、血管内の関係者が同時に出かけるような学会のときは、多摩地区の中で輪番みたいなことを、もう自然発生的にやっているんですね。

ですから、今からもう一回アンケートする、さっき同時進行という話ありましたが、もう少しリアルタイムで時間の要素を考慮して、今だとできるところは、ここだみたいな、そういう情報を現場としては求めているということだと思います。

○有賀会長 その話も前に出ましたよね。

○久村課長 そのあたりのことは、仕組みづくり、ルールづくりの中でご議論いただくということになろうかと思います。

ワーキングのときに出た話には、例えば、救急さんの端末でという話もありましたし、あるいは、今回のお話に出てきている、ICTを活用した転院搬送の中で、例えば、空床情報の共有なんかができないかということなど、今後、具体的な仕組みづくり、ルールづくりに入っていきたいというイメージです。

○有賀会長 ワーキングの話とこの話がこんがらがっちゃうといけないから、丁寧にやろうと思ってやっています。

だから、さっき言った名前が消えていると言っていましたけど、ワーキングでは名前が載っているのは出ているはずですよ。

○久村課長 そのとおりでございます。

○有賀会長 大木島さん、端末はまだ空いているんだよね。

○大木島委員 容量としては入れることは可能です。

○有賀会長 ですよ。

○糟谷委員 よろしいですか。

○有賀会長 はい。

○糟谷委員 確かに、脳卒中の搬送体制も端末ができてから、かなり確立したものになったと思うんですね。ですから、やはり血管内治療ができるかできないかという端末があるといいと思うんですが、これ、私ちょっと考えたんですが、例えば、今は脳卒中Aが丸、Bがバツ、あるいはBが丸、Aがバツ、あるいは両方バツというのがあるんですけど、両方丸というのはないんですね。ですから、両方丸が例えば血管内治療できるというようなルールにすれば、今のままでも可能じゃないかなとちょっとふと思ったんですけど。

○有賀会長 何か東京だけの秘密のルールみたいでおもしろいんですけど。

大木島さん、例えば、Sというメッセージの欄をつくれればいいだけの話なんで、やろうと思えばもうすぐできますよね、空いているんだから。

- 大木島委員 いや、ちょっとすぐにはできないんですが。
- 有賀会長 いやいや、すぐって、きょうのあしたという意味ではないよ。
- 大木島委員 はい。少し庁内の調整をして、ここにSというサインで入れていいのかどうかというのをオーケーもらって、作業の工程を立てて、若干のお金を要求してやっていくというような作業にはなると思うんですけど、仕組み的には今おっしゃったように、できない話ではございません。
- 有賀会長 おおむね、先生方は質疑応答を聞きながら、全体の景色がある程度わかって見えたとは思いますが。
- どうぞ。
- 高木委員 私は今の議論を聞いていて、搬送のプロトコールは、先生がおっしゃったこの7ページのものでいいと思います。まず、t-PAができるところへ行って、それで次に血管内治療ができるところへ行く。その表示を端末を使ってリアルタイムにできればいいし、あとは診療情報、特に画像情報の伝達ですよ。それをできるだけ早くやるためには、どうしてもICTを利用するべきだと思います。それは絶対必須だと思います。
- 今は区中央部では、画像情報の伝達はうちと虎ノ門病院、慈恵医大とJoinを使ってやっているんですけど、それがないとやっぱりすぐに動けないというところもあります。それをどうするかが一番ポイントになると思うので、議論していただければなと思います。
- 有賀会長 その手のことも、今までの方法論的な観点からすると、ワーキンググループの仕事でいいんですか。今の電子媒体を駆使しながら、本件をがんがん展開させようという話について、その道具立てを考えるのはワーキンググループでいいのですか。
- 久村課長 そうですね。今回、こちらのほうでICTを活用したという取組みの方向性をお示しさせていただきましたので、その方向性について、この協議会でご議論いただいて、具体的な活用内容というところは、ワーキングで議論をいただければと思っています。
- 有賀会長 水を差すわけじゃないんですが、情報は多いほうがいいのかと聞いたら、多いほうがいいのかと決まっているわけで、そこをここで議論してくれと言われても、いいほうがいいのかはいいだろうとしか言いようがない。これはどうしたらいいんですかね。
- 高木委員 情報が多いいいのは……。
- 有賀会長 情報は多いほうがいいわけですよ。
- 高木委員 強いて言えば、一番はやはり画像情報ですね。
- 有賀会長 そういうふうな観点でICTを使っていくというふうなことについて、金もかかるからやめろとかというふうな人が、もしここにいれば考えねばならないが、そうでなければ、やっぱり考えていく方向性としてはあっていいんじゃないかと私は思うん

ですが。何か言って下さい。

○安保委員 いや、そのとおり。リハビリにおいても早期に対応してもらうのが一番なので、できれば画像を含めて、適切な急性期の治療をやっていただけるのが一番いいと思います。

○野川委員 よろしいでしょうか。

○有賀会長 はい。

○野川委員 東海大学八王子の神経内科の野川でございます。

血管内治療は、今議論を聞いておりますと、t-P Aと同等な立場で議論されていますが、基本的には脳主幹動脈の梗塞に対してのみ有効な治療ですので、閉塞部位が主幹動脈であるという情報がやはり一番重要です。従って、このICTに関しても、脳主幹動脈のどこが詰まっているのかという情報が、やっぱり一番重要なのではないのでしょうか。

また、搬送体制に関しまして、これまではドリップシップのことをずっと議論していただいておりますが、これは区部のように、かなり医療機関が密なところに関しては有効な方法だと思いますが、例えば、多摩地区のような医療機関が離れているところでは、ドリップシップする場合でも結構時間がかかってしまうという問題もありますので、場合によっては、いわゆるマザーシップ、集約的に血管内治療ができる場所に運ぶというのも、一つの方法なのではないかというふうに考えております。

以上です。

○有賀会長 その手の話はいつも出るんですね。結局、杏林はやれると昔言っていたよね。

○塩川委員 これは、また、上り搬送はするけども、そうでない逆向きに話は、やっぱりなかなか難しいとかということか、いろいろ検討するところはありますけどもね。

○有賀会長 今の……、どうぞ。

○野川委員 ただ、マザーシップするといいますが、血管内治療ができるのは、先ほど申し上げたとおり主幹動脈だけですので、例えば、末梢の動脈の閉塞をわざわざ大きな施設に運ぶという必要は全くありません。それはもうt-P Aのできる施設へ運べばいいわけですので、どのようにしたらそのセレクションをできるのかということも含めて、やっぱり考えていかないといけないと思います。

○有賀会長 とりあえずは、どちらかの直近の施設へ一旦運ぶという話にならざるを得ないんでしょうね。

○野川委員 そうだと思います。

○有賀会長 ですね。こんなところで大方だと思いますが、事務局いかがですかね。

○久村課長 ありがとうございます。

今、方向性を含めてご議論いただきましたので、これを具体化するということで、ワーキングで具体的にご検討をいただきまして、体制整備に必要な予算等につきまして

は、今後、我々も予算要求というところにつなげていきたいと考えております。

○有賀会長 ありがとうございます。

では、時間のこともありますので、議事の2が保健医療計画絡みの話になっていて、これは多分、僕たちの知らない世界を説明いただくことになるんだとは思いますが、本件、資料が続くと思いますので、よろしく進めてください。

○松尾課長代理 それでは、資料5-1、5-2、5-3をごらんください。

まず、資料5-1からです。保健医療計画の改定についてごらんください。

現行の東京都保健医療計画については、平成25年3月に策定し、5年が経過する30年3月までに第6次改定を策定することになっております。

計画の性質、改めて申し上げますと、医療法第30条の4に定める「医療計画」を含むものでありまして、また、東京都の保健医療に関し、施策の方向を明らかにする「基本的かつ総合的な計画」としての性格を持つものでございます。

計画期間はこれまで5年でありましたが、介護保険事業支援計画との整合性を図るために6年となります。今度の計画は平成30年度から35年度というふうになります。

改定の要旨でございます。

一つ目は、保健医療計画と地域医療構想とを一体化させて、地域医療構想に掲げたグランドデザインの達成に向けた、疾病・事業ごとの取組の具現化。二つ目は、地域医療構想の必要病床数の推計を踏まえた基準病床数の設定。三つ目は、都と区市町村の介護保険事業（支援）計画等との整合性を確保する。四つ目は、高度急性期から在宅医療までの一体的な医療提供体制の構築をする。五つ目は、5疾病・5事業及び在宅医療に係る指標の見直し等による政策循環の仕組みの強化としています。

次に、スケジュールをごらんください。

これまでの進捗は、2段目の保健医療計画推進協議会のもとに、3段目の改定部会を設置しまして、4月21日に開催した部会と5月11日に開催した協議会におきまして、項目案について了承をいただいております。

項目案は2枚目をごらんください。ちょっと字が小さいんですが、左側が現行計画、右側が改定計画でございます。

変更点の一つとして、左の現行計画では、第2部の各論で第1章第3節において、脳卒中を含む5疾病・5事業について、医療連携体制の取組と題しまして医療の取組を記載しております。

ただし、今度の改定計画では、予防から医療を一体で記載することとなりまして、右の網かけの第4節、切れ目のない保健医療体制の推進と題して記載することになりました。

また、1枚目のスケジュールに戻っていただきまして、4段目の各疾病・事業の協議会等の部分をごらんください。

課題、骨子案等を検討するに当たりましては、本協議会を初めとする各疾病・事業ご



との協議会等で議論を経た後に、3段目の改定部会でも議論することとなっております。この脳卒中は、本協議会の後、8月18日の改定部会で議論をすることとなっております。

よって、本協議会では、この8月18日の改定部会の前段階として、脳卒中の骨子案についてご意見をいただきたいということでございます。

また、8月18日の改定部会には、疾病・事業の協議会の座長等にご出席いただくことになっておりまして、本協議会の有賀会長にもご出席いただくことになっております。

その後、9月に骨子案のまとめ、協議会の報告、素案と流れまして、11月に素案の最終報告、それからパブコメ、医療審議会の諮問・答申を経まして、3月の公表というスケジュールになっております。

資料の5-1は以上でございます。

次に、資料5-2をごらんください。保健医療計画と東京都地域医療構想との関係性を資料にしたものでございます。

医療計画の記載事項は医療法で定められたものが幾つかありまして、そのうち代表的なものが、その右側の5疾病・5事業、在宅医療の取組等となっております。各疾病・事業における目標は、医療連携などについて記載するものでありますが、このほか一番下のその他の記載事項として、保健医療圏や基準病床数等の記載をすることが医療法で定められているということです。

そして、左側の地域医療構想についても、医療法で新たに定められた医療計画の記載事項の一つでございます。地域医療構想は2025年を見据えた計画でありまして、6カ年の計画であります保健医療計画の中に含まれるものであります。

左の地域医療構想には法定事項が二つありまして、一つ目が病床数、在宅医療等の必要量、そして二つ目が、地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化、連携の推進というものであります。二つ目の事項は、2025年という少し長いスパンでの将来の医療の姿を見たときに、ちょっと細かい事業計画までの道筋を立てることが困難というところもありまして、大きな取り組みの方向性を記載して、具体的な事業計画は、本来、地域医療構想は医療計画の一部でありますので、地域医療構想で掲げた大きな方向性に向けて、保健医療計画の中で事業計画としての疾病・事業ごとの記載を書くというところでございます。

資料5-2は以上でございます。

それでは、資料5-3、脳卒中の骨子（案）をごらんください。

まず、1、現状として、（1）年齢調整死亡率は平成26年時点で男性が37.9、前年から比べますと7.1%減、女性が20.5、前年から比べて2.4%減でした。

また、医療機関等の状況は、先ほどの脳卒中の急性期医療機関の指定が（A）が122、（B）が39、現在161でございます。また、都で把握しています地域連携パスの参加医療機関数は、事務局が12、医療機関数が1,090。また、先ほどの調査結

果の報告もありましたが、脳血管内治療が可能な医療機関は88。また、地域リハビリテーション支援センターを12カ所となっております。ここのリハビリテーションでございしますが、また、保健医療計画の中では別立てに項目があります。その内容は別途リハビリテーション協議会で検討いたしまして、脳卒中のリハビリテーションの記載は、そのリハビリテーション全体の記載の中でも再掲という形で載せたいと考えております。

続いて、これまでの取組です。(1)です。地域連携は協議・検討する場として、本協議会のほかに12医療圏ごとの圏域別検討会に取り組んでまいりました。また、標準パスを作成・運用しております。また、リハビリは協議会と地域リハ支援センターの12カ所で取り組んでおります。

続いて、(2)の普及啓発は、我々福祉保健局で脳卒中週間に合わせた広報やフェイル、広告、シンポジウムなどを行っております。さらには、圏域別検討会でも、地域の実情に応じて公開講座や講演会などを行っていただいております。

また、(3)の救急搬送・受入体制は、先ほどからご議論いただいた「急性期医療機関」による搬送体制を構築しております。

続いて、課題について四つの柱を立てさせていただいております。一つは、脳血管内医療を含めた救急搬送体制。二つ目は、一貫したリハビリテーションの必要性。三つ目は、普及啓発の必要性。四つ目は、地域医療連携でございます。

この内容は、現行計画でも4本立てのこの計画の骨子として立てておりまして、引き続き、継続して取り組んでいくというものであります。具体的な内容は、次のページをごらんください。

1番の救急搬送体制・受入体制の充実を図るところでは、今ご議論いただいたようなt-PAのほかに、脳血管内治療を含む救急搬送・医療連携体制のルール作りを行っていくものでございます。また、「急性期医療機関」における情報共有の支援のための取組、(ICTを活用した情報連携ツールの整備)も進めていきたいと考えております。

2番目の一貫したリハビリテーションについては、急性期の病態安定後、速やかに回復期、維持期の診療に移行できる連携体制を引き続き充実させていきます。また、各リハビリテーション期に応じたリハビリテーション医療の推進、地域リハビリテーション支援体制の充実も図っていきます。

また、取組の3番、都民に対する普及啓発でございます。脳卒中を予防する生活習慣、脳卒中の症状、発症時の適切な対応、再発予防等について、引き続き、都民・患者の理解促進に努めてまいります。地域の住民に対する、区市町村、医療保険者、関係機関、圏域別検討会と連携して、引き続き、きめ細かな普及啓発を実施してまいります。また、ポスター・リーフレット等のさまざまな媒体を利用しまして、広域的な普及啓発に努めていくというものでございます。

最後に、取組4、地域連携体制の充実でございますが、引き続き、本協議会、それか

ら、12医療圏の圏域別検討会による医療連携体制の評価・検討をしております。また、リハビリテーションも引き続き、地域リハビリテーション関係者の連携に努めてまいります。また、これまで培ってきました地域連携パスの基盤をさらに活用していきながら、より一層、充実した医療連携に取り組んでまいりたいと考えております。

簡単ではございますが、以上でございます。

○有賀会長 ありがとうございます。

資料の5-1、2、3を説明いただきましたが、何かご質問ございますか。

ちょっと教えていただきたいんですけども、地域リハビリテーション支援センターが東京都には12カ所あると。これ、新宿、例えばここからだところが一番近いんですか。

○松尾課長代理 新宿にあるのは区西部地域となりますが、今現在、慶應義塾大学さんに委託しております。

○有賀会長 ということは、どちらかの医療施設に委託していると。

○松尾課長代理 はい。そうです。

○有賀会長 そうすると、そのリハビリテーションセンターは、いわゆるセンターの中で、つまり、その施設の中でリハビリテーションをすることはできると。それは入院患者もできるし、通所で通ってくる方もやってやれないことはないという話になるんですよね。

○松尾課長代理 地域リハビリセンターの役割は、地域のそのリハ職の方の支援ということがメインでありまして、例えば、そういった若手のPT、OT、STさんの人材育成であるとか、あとは、介護との連携でありますとか、そういった業務が主な業務になっております。

○有賀会長 具体的なリハビリテーションを、例えば、今言ったOTやPTを支援すると言っていますが、OTやPTが患者さんの在宅の場面に訪問して、そして、リハビリを施すというふうなことについての支援という話は、どういう支援になるんですか、そうすると。

○松尾課長代理 主に人材育成ということになりまして、研修ですとか、症例検討会ですとか、そういった内容が主なものでございます。

○有賀会長 そうすると、その患者さんにとって、私のリハビリをやってくれる人をつくってくれる場所なので、私のリハビリをやってくれる人そのものではないということですね。

○松尾課長代理 はい。そうです。直接的に住民に何かサービスを提供するというものではありませんで、地域のそのリハ資源の底上げとかということでございます。

○有賀会長 どうやって選んだんですか、例えば慶応大学を。

○松尾課長代理 慶応大学のほうでも、そういった研修会ですとか、そういったものに取り組んでいるということですが、確かに地域リハビリセンター、急性期であったり、回復期であるという形になりまして、なかなか、そういった全ての領域に関して専門的に

精通しているわけではないんですが……。

○有賀会長 どうぞ。

○安保委員 ルールに則って決めています。

○松尾課長代理 はい。

○安保委員 地域リハビリテーションセンターのその使命というのが何個か決まっています。それをやっていただくということで公募をするわけです。それで、区西部地域は慶応を初め、あと1か所、2か所の応募がありました。そこで例えばやっていただく一つの項目に、相談窓口をつくらなきゃいけないというところがありまして、慶応さんはつくるといって、他の手挙げしたところにつくらないと明言したんですよね。なので、慶応さんに指定がなりました。このように、先生、幾つもの項目があって、それをこなすということを条件に、その指定を受けるというふうなことにしています。

○有賀会長 いや、例えば、ここにおられる新宿のリハビリテーション病院、林先生がおられますよね。今言ったそのMSWにしろ、OT、PTにしろ、いろんな相談事があるわけで、もちろん、そのお金の話から仕事に戻りたいけど、どうしたらいいんだみたいな、幾らでもあるわけでね。リハビリテーションが得意な、そういうふうな病院にその手の話が行くのかなと、僕は勝手に思ってたんですよね。それで、ここだと一番近いのはどこと聞いたんですけど。先生、どうなっているんですか、これ。そんなのでいいんですか。

○林委員 私は地域リハビリテーションセンターではなく、東京都地域リハビリテーション支援センターの座長をしまして、それは都内に12か所あります。急性期から入院する患者さんを受け入れるリハビリテーションの医療機関は、今では東京都内に7,000床近くあり、人口当たりの障害者の発生率から見ると、ほぼ充足されていますので、脳卒中後の患者さんは急性期病院からすぐ入院できるようになっています。

しかし、リハビリ病院から退院してきた患者さんでも身体機能を維持向上させる必要のある人に対する取組は不十分です。その人たちに対して基礎的自治体で行政が関与したり、介護保険が関与したり、診療所の先生や地域の病院が関与するのを、リハビリ的にノウハウを伝えるのが地域リハビリテーション支援センターの役割で、各医療圏に一つずつありますから、そこが支援しています。その支援の方法は地域で働くPT、OTへの教育とか、地域の医療・介護関係者に対する講演会等によりリハビリに関して医療機関の底上げ、介護保険、行政の底上げをやってます。しかし、まだまだパワーが足りないのが現状です。

○有賀会長 リハの病院からご自宅に戻ると、どうしてもパワーダウンする。よくあることですよ。せつかくここまで来たのにこうなっちゃうと。それをどうやって地域で支援していくかという話なんじゃないかなと漠然とっていて、そういう意味では、リハビリテーションに特化したような、そういう観点でその地域を支えるという話になってくるのかなというふうに思った。そこで、単なる急性期の医療機関がその手の話ができ

るなんて、とても僕は思わない。昭和大学が受けろと言われて、僕が院長だったら受けられませんよね。いや、そういう問題意識からです。

- 林委員 医療機関が慢性期の患者さんを受けるとは、今のところ、現実的にはできていないですし、国も、外来リハビリはやめて、介護保険でポスト・リハビリ患者を診るようにと動いています。しかし、介護保険はまだ十分に障害者を回復させる能力を備えていない点が問題です。

それに対して今後は区市町村で介護予防をするため、人材育成をしています。これから介護予防のメニューをどんどんふやしていく必要があると思います。

- 有賀会長 そういう意味では先生が言われた、その病院というか、医療施設に収容しながらリハビリテーションをやっていくような、そういうふうなキャパシティというか、そのストラクチャーは、東京ではそこそこの水準に来たけれど、その自宅に帰った後のリハビリテーションに関して言うと、まだまだ不十分もいいところと、そういうふうな認識でいいわけですよ。

- 林委員 まだ十分だと思っていないです。本当は病気治った後の治療も大切で、病気の前の取組として保健所があるように、高齢者の病気が治った後の取組として、保健所ぐらいのパワーがあってもいいということをお京都にお願いします、これは国全体の問題ですので、東京都だけでは簡単にはいかないと思います。

- 有賀会長 国に頼っていて何かできるかという、必ずしもそういうわけではないので、東京都は東京都の共和国として、何とかやらなきゃいけないことは幾らでもあると思うんですが、今話を聞いて、行政はどういうふうな展望を持っているんですか。

だって、これはあれでしょう。保健医療計画の骨子として書いてあるわけだから、作文して、それで済むというわけじゃないでしょう、だって。ちょっと教えて。

- 久村課長 地域リハビリテーション支援センターのお話が出てまいりましたけれども、今は二次医療圏ごとに一つ設置しております。

ただ、今後は、より地域の実情に応じたきめ細かな対応が必要になってくると思いますので、改めて、地域リハビリ支援センターの規模を含めて、役割を整理していきたいと考えているところでございます。

- 石田委員 ちょっとよろしいですか。

- 有賀会長 はい。

- 石田委員 押してしゃべる。

- 有賀会長 右側のほうを……。

- 石田委員 これでいいですか。私、西多摩医師会の代表で来た石田と申しますけれども、医師会ということじゃなくて、私自身もリハビリの学校、PT、OT、STの養成の学校をやっておりまして、こういうリハビリに関しては、もう30年間やってきたわけなんですけれども、このリハビリテーションセンターができたときには、まだ実際はリハビリの病院も少ないころでございまして、実際、何をセンターでやるかというのは、恐

らく、きちっと検討されないときにこういうものができ上がって、まさに委員長がおっしゃるとおりでございます。

実は、これ厚労省バージョンでこういうものができ上がっているわけですが、その中でこれから大切なことは、やはり地域包括ケアシステムの中で、地域住民が本当に生き生き暮らせるためのいわゆる介護予防とか、健康増進をバックアップできるのが、私は地域リハビリテーションセンターの大切な役割でございます。ちょうどここで、恐らく見直しがございますので、私としても、そういうところを見きわめて、本当に市民のためになるような活動ができるようなところを、各地区センターで選んでいただけたらよろしいんじゃないかなと、そういうふうに考えます。

○有賀会長　そういう意味では、今、先生は地域包括ケアの話をされたんで、いわゆる、ケアマネジャーがそういう患者さんに関与することはありますよね。そうすると、その人たちとの連携というか、そこら辺が結構効いてくるような気がします。

○石田委員　そういうのもまとめてやっていくというセンターじゃないかと思えますけども。

○有賀会長　わかりました。どちらかというと、ずっと急性期にどっぷりつかっていたので、わからないことがあったので質問しました。

どうぞ。

○石橋委員　北多摩北部地域で医師会長をしておりますけども、地域リハビリテーション支援センター事業の委員もやっております。

北多摩北部地域の地域リハビリテーション支援センターとして具体的に何をやっているかという、例えば、その地域にリハビリがどんな形で、どれだけ存在しているのかというデータベースを作成したり、リハビリ関係の方々に対する研修、それから、リハビリにかかわってくるような医療と介護の方々に対する研修、そして、リハビリ手帳というのを北多摩北部ではつくっておりますけども、そのリハビリ手帳を普及させるような仕事。そして、その中に入っているメンバーとしては、急性期病院の先生、そして、回復期、維持期の先生、それから、ドクターだけではなくて、PT、OTはもちろん当然ですけども、市の職員等が入りまして、その地域のリハビリのレベルを上げていくというのが、一番基本的なところになるかと思っています。

その活動の中で、どこが中心になってやるかということで、北多摩北部地域は多摩北部医療センターがやっておりますけれども、労働に見合うだけの費用が来ているかという、決してそんなことはなく、持ち出しの部分もありますし、大変な作業になっております。

もともと国がリハビリテーションの支援センターを立ち上げなさいということで、言い出したんですが、実は国はかなり手を引いております、東京都独自でこのリハビリテーション支援センターを維持している部分がございます。ですので、東京都がこのリハビリテーションに関しては、非常に進んでいると言えるのかなと思っています。

ただ、今後、各区市町村にそれぞれリハビリ関係の団体といますか、それに近い形のもの介護保険の総合事業の中で作っています。

その各区市町村が、リハビリ関連職種の方々をお願いして、フレイル予防から介護予防、そして地域におけるリハビリテーションを行うということですね。そういうところを、リハビリ関連職種の方々が推進協議会みたいなものをつくられて、各区市町村でリハビリをより進めていこうとしています。それを地域リハビリテーション支援センターがフォローしたり、支援をしていくという絵を描いていらっしゃるんだと思います。

これが平成30年以降、徐々に形をつくっていくことになっていて、予防からリハビリまでを一貫して、PT、OTの方々が中心になられて進めていくという体制づくりが進んでいるというのが、今の現状かと思います。

○有賀会長 今の労働に見合ったそれなりの対価が必ずしも得られるわけじゃなくて、結構、持ち出しとおっしゃいましたけど、持ち出しというのは主に地域の医師会ですかね。

○石橋委員 いえ、センターになられた多摩北部医療センターが持ち出しをされている部分、例えば、パンフレットをつくったりするときの費用や人件費の一部負担などがあります。

○有賀会長 多摩北部医療センターというのは都の施設。

○石橋委員 独立法人ではありませんね。保健医療公社になります。

○有賀会長 そうか、そうか、保健医療公社というと、もとの都立病院ですか。そこが持ち出しているんだ。

○石橋委員 就業時間の中に労働とかとやっているんですけど、その対価は別に出てきませんので、全部いわゆる持ち出しということになりますし、そんなにとんでもない費用を出しているわけではありませんが、時間内労働の人件費を含めたら、もう全然ペイはしないし、パンフレットをつくったりするという部分での多少持ち出しが出てくるということなんです。

○有賀会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。はい、どうぞ。じゃあ、その次、先生。

○塩川委員 すみません。先ほど脳卒中の慢性期で、リハビリの後、慢性期や在宅の話も少しあったと思うんですけど、僕はもう急性期の立場で幾つかの講演会で行っているときに、ポンチ絵で急性期、回復期で、右に流れで慢性期、再発予防で在宅やその以外のという絵がよくあります。医療計画だと、その一番下の右側の部分は、これは医療じゃなくて福祉ではないかとか、議論から外されたこともあるんですけど、やっぱり、この脳卒中の医療が進むときに、その部分の流れが重要であって、そうすると、例えば地域医療構想の会議も先々月ぐらいあったときに、僕はこの地域医療構想策定会議に1年出ていたんですけど、そのときに全然なかった慢性期とか在宅の話が、そこでぱんと出てきていて、地域医療構想だけ慢性期の連携の話をするということが、急に出てきたんです。それはそれとして、この脳卒中の保健医療計画の中には、急性期、それからリハ

ビリの話にもありましたけど、その右側の部分については何か言及されることがあるんでしょうかというのが質問ですけど。

○松尾課長代理　そうですね、もうおっしゃっていただいたとおり、もう、今や地域リハはもう介護予防の分野まで役割が求められていますので、そういった分野は記載させていただきたいと考えております。

○渡辺委員　今、地域包括ケアとか、そういうお話が出ましたので、私、東京都医師会としては、この脳卒中医療連携ということですから、急性期の入り口の話が最初議題で出ましたけれども、やっぱり出口のその後、回復期とか、やはり地域包括ケア病棟とか、在宅とか、そういうことに非常に興味もあるわけですので、このアンケートをもう一回やられるときに、その血管内治療をやった患者さんがどうなったか、あるいはt-P Aをやった患者さんがどうなったか、血管内治療に送ったんだけど、その現場の判断で血管内治療をやらずにt-P Aに回ったとか、そういう方々が慢性期、それから、在宅に戻るときには、どういう状態になっているのかというのを、アンケートで前年のその成績も入れていただくと、非常に参考になるかと思うんですね。いかがでしょうか。

○横田委員　前回2月と同じアンケートをやるというのは、これは先ほどの議論もありましたけれども、本当に時間が浪費ということになるので、今、先生がおっしゃった、急性期から維持期、慢性期、それから出口の部分というのを入れたアンケートというのは、確かにやる価値というのはあると思います。

ですから、そういう実態が見えるアンケートを行うのであれば、設問等も工夫しなくてはいけないと思います、そういうことであれば、やるべきだというふうには思います。

○塩川委員　よろしいですか。今の追加で、t-P Aというのは治療した後、要するに、モディファイド・ランキン・スケールをつけるという、どれぐらい元気になったかと、歩けるぐらいの人が4割弱ぐらい、今までの治療よりはいいんですけど、血管内治療はうまくいくと、それが6割、7割というぐらい数字が上がるんですね。

ですから、新しい体制が本当に有効なのかどうかというときに、先生がご指摘の患者さんがどうなったかというのは、やっぱり当然把握してなきゃいけないですし、多摩地区ではそういうこともデータベースというか、そういうことで蓄積して、今の体制の効果を確かめようというようなこともやっております。

○有賀会長　そういう意味では、先生がやってみているようなアンケートを、全都的に展開するというのも一つの方法ではありますよね、でしょう。

ほかにございませうかね。どうぞ。

○石橋委員　骨子案の中に入れていただきたいと思っている項目があります。

先ほどICTの活用ということもございましたが、東京都医師会が、今取り組んでいるのは、大病院間の電子カルテの共有システムをおつくりになられておられます。

そうしますと、例えば先ほどのように、画像データをすぐ見ることができるという時代になってきますので、そういう急性期、超急性期の中で血管内治療をすべきかどうか



というのを、両方を両機関で同じ画像を見ながら相談ができるということが、来年とは言いませぬけども、保健計画が6年間ですよ、6年間の間にはなし遂げられるのかなと思いますので、ぜひ、そういう形で入れ込んでいただくとよいと思います。

それと同時に、今度は医療と介護の連携とか、それから病院と開業医の情報共有ということで、これも何をを使うかは別ですけども、いろんなデータベース、ICTのがありますので、病院と診療所、高度急性期、急性期、回復期と流れていく間の情報を共有できる電子カルテを使うとか、クラウドを使う方法がもう既に動いておりますので、それを取り入れながら情報共有をすると良いのではないのでしょうか。

それができれば、アンケートをとらなくても、もう情報がわかる、その患者さんがどうなったか分かりますので、その方向性を取り入れた骨子案にしておかれると良いと思います。

あと、医療と介護につきましては、これはまた別な形で今は動いておりますので、カナミックにしろ、MCSにしろ、さまざまな情報共有のためのソフトウェアというか、情報共有のシステムがございまして、どれを使ってどうするのか、まだしっかり決まっていなんですけど、ICTを活用した情報共有ができていくと、今度は自宅に帰った方々のリハビリの状態がどうなっていて、脳卒中の方々がどういう転帰をとられたかということもわかってくると思いますので、それをもとに評価をして、さらに、その血管内治療をより有効に使うにはどうするのかを、今後検討することを、この中に書き込まれると良いと思います。

○有賀会長 今のお話のように、この資料5-3が骨子案ということで、これに、こんなこともあんなこともという話になっていって、この手の話はできるだけたくさんの意見をばあっと入れておく。入れるのはしんどいけど削るのは簡単だという話もありますから、そういう意味では、たくさん入れておいたほうがいいんじゃないかなという気がしますよね。

ほかに何かございませぬかね。今、僕ら、ここでの議論はt-P Aだとか、それから、血管内治療だとかという比較的メジャーなストロークの話が出発点でした。だから、このご老人は5回目の脳梗塞みたいな話はなかなか出てこないんですけど、地域包括ケアとか、この地域リハビリテーション支援センターのコンテクストでいろいろ考えると、急性期から亜急性期、回復期、在宅という面が含まれる。それも単にそういう流れじゃなくて、在宅でいながら、もう一回起こったという形で、本当にそのt-P Aだ何だかんだという話じゃないけれど、脳卒中のBの施設へ運ぶと。Bの施設は、実はその地域のいわゆる地域密着型の病院であって、そのBの施設に入ったおかげで比較的円滑にもとの生活に戻ることができる。つまり、その地域の中の、そういう地域の連携のキーになるような、そういうような仕事をやってくれていると。渋谷区の内藤病院みたいなものですね。そういうふうなことも、こういう中には、それこそは数としては多いわけなんで、やっぱり、それを思わせるようなことが、脳卒中で入れるのかどうかは知りま

せんが、脳卒中でもそうだというふうなことがわかるようにしておいていただくといいかなという気がします。ですよ。

もう、予定された時間はあと5分なので、どうぞ。あとは篠原先生。

○篠原委員 別の会があり、遅れて到着してすみませんでした。最初のうちは何が話されているのかさっぱりわからないで聞いてましたけれども。

私もこの委員会委員は何年も前からやらせていただいておりますが、今回、ほとんどのメンバーの方は、新しい方かと思えますけれど、今回やろうという項目の意図、それから、今日のお話の意図はよくわかりました。

確かに、この都のほうから示された案でいろんなことが網羅されているんですけども、一つは、今、有賀委員長が言われたような、マイナーストロークに関しての配慮が多少抜けているんじゃないかなということは、ご指摘のとおりだと思います。もう一つ、私が今日の、特に前半部を聞きながらちょっと感じていたのは、例えば、以前、私どもがつくりましたAの施設、B施設というような分類、更にA施設に運ばれてきて、A施設でこれは主幹動脈の閉塞の可能性が非常に強いが、t-P A投与で再開通が得られず、脳血管内治療のほうに回すというお話、これはかなり東京都の中でも地域差があると思うんですね。

特に、私が今おります多摩地区は、区部全体と同じぐらいの広さがございますので、必ずしも、果たしてこういうようなシステムで、1回Aの施設に運ばれた。そして、t-P Aで再開通がみられず、これは血管内治療の適応だということで、次の施設に運ぶということは、かなり、この時間的なロスというものも考えなければいけません。もちろん、全体的な案に私は特に異論はないんですけども、同じ東京都内でも地域差というものも考慮して、こういう骨子案をおつくりにならなければいけない。これはリハビリのほうの問題でも同じことが言えるとは思いますが、その辺を組み込むのは難しいんでしょうけれども、せつかく、こんな立派な骨子案をつくられるんだったら、そういうことも考慮しましたよというようなニュアンスが、どこかに入っているといいんじゃないかなというふうに思ってお聞きしていました。

途中からの参加なので、ちょっと最初の部分のディスカッションを知らないのですが、お聞きしていたお話の中では私がちょっと感じたことです。

○有賀会長 どうもありがとうございます。

ということで、この骨子の案については、こんなこともというようなことが、もし、ふっと思い浮かんだら、担当の方にメールでも何でもいいから言ってくださいということでもいいですよ。

○久村課長 そうですね。この場では時間が限られておりますので、今いただいたご意見以外に追加のご意見等ございましたら、申し訳ありませんが、来週の水曜日を目途に、事務担当にご連絡いただければと思います。

今日のご意見、それから、今後のご意見を踏まえまして、有賀会長と相談させていた

だいて、骨子案をまとめていきたいと考えております。

○有賀会長　ということで、おおむね、きょうの議題の1と2はこんな感じで進行しましたが、特になければ、その他のほうに移っていきたいと思いますが、よろしいですかね。

じゃあ、事務局、残りを。

○松尾課長代理　では、簡単に説明いたします。資料6-1と資料6-2をごらんください。

資料6-1は、28年度に福祉保健局のほうで取り組んだ脳卒中の医療連携の事業の内容で、ワーキングの2回と、あと普及啓発事業、特に一番最後の辺ですね、シンポジウムなんかを2月に行いまして、日本相撲協会の理事の玉ノ井親方にお出ましいたいで、そういった普及啓発を行ったということと、あと、資料6-2は、圏域別検討会が去年1年間で取り組んだ内容というのをまとめたものでございます。

以上でございます。

○有賀会長　これは特に質問を受けるというふうな話では多分ないとは思いますが、よろしいですか。

では、特になければ、これで閉会というふうに思っているんですが、よろしいですかね。

では、事務局から何かあれば、追加事項。

○久村課長　ありがとうございます。

本日は本当に活発なご議論、ご意見いただきまして、ありがとうございます。

まず、今後のことに関しては、今回いただいたご意見を踏まえて、ワーキングでの具体的な取組みの検討につなげていきたいと考えてございます。

それから、保健医療計画の骨子につきましては、いろいろお話がございましたが、脳卒中で記載する部分もあるかと思ひますし、別のところで記載する部分、あるいは、在宅療養の推進のところで記載する部分等々もあるかと思ひますので、そのあたりをまた整理をさせていただいて、有賀会長とも相談させていただきながら進ませていただきたいと思います。

事務連絡でございますが、お手元の資料につきましては、事務局から郵送いたしますので、机上に残していただければと思ひます。

また、本日お車でいらした方には、駐車券をお渡しいたしますので、事務局にお声がけいただければと存じます。

事務局からは以上でございます。

○有賀会長　じゃあ、どうもありがとうございました。これで終わりたいと思ひます。ありがとうございます。

(午後 8時31分 閉会)