

第 1 回

東京都脳卒中医療連携協議会

会 議 録

令和元年 7 月 2 9 日

東京都福祉保健局

(午後 6時59分 開会)

○久村課長 恐れ入ります。まだ定刻少し前でございますが、委員の先生方皆さんおそろいでございますので、ただいまより東京都脳卒中医療連携協議会、こちらを開会させていただきます。

委員の先生方、本日ご多忙中のところ、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、東京都福祉保健局地域医療担当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、よろしく願いいたします。それでは、着座にてご説明をさせていただきます。

まず、会議資料でございますが、会議資料につきましては、お手元の次第の下段に記載のとおりでございます。資料1から資料10、それから参考資料1から参考資料3、それとお手元にきょうの議事の参考といたしまして、東京都保健医療計画の冊子をお配りさせていただいております。

関係する議事の都度、事務局から資料の確認、説明をさせていただきますので、万が一不足、落丁等ございましたら、議事の都度で結構でございますので、事務局までお申し出いただければと思います。

続きまして、今回新たな任期に入りまして初めての協議会の開催になりますので、委員の皆様をご紹介させていただきます。

資料1の委員名簿をごらんください。

名簿順にご紹介をさせていただきます。なお、時間の都合上、所属等につきましては、こちらの名簿にてご確認いただくということで、ご了解いただければと思います。

それでは、ご紹介させていただきます。

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 和田委員でございます。

○和田委員 和田です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 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 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 糟谷です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 井手委員でございます。

○井手委員 よろしく申し上げます。

○久村課長 それから、石田委員、野川委員からはご欠席とのご連絡をいただいております。

続きまして、並木委員でございます。

○並木委員 並木です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 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 三輪委員でございます。

○三輪委員 三輪でございます。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。

○久村課長 篠原委員でございます。

○篠原委員 よろしく。

○久村課長 新田委員でございます。

○新田委員 新田です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 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 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 佐々木委員でございます。

○佐々木委員 佐々木です。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 よろしくよろしくお願いいたします。

○久村課長 それから、宮崎委員、森住委員から、ご欠席とのご連絡をいただいております。

続きまして、江原委員でございます。

○江原委員 江原です。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 辻と申します。よろしくお願いいたします。

○久村課長 渡邊委員でございます。

○渡邊委員 渡邊です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 なお、本協議会の会長につきましては有賀委員に、それから、会長代理につきましては高木委員に、引き続きお願いしているところでございます。

続きまして、福祉保健局医療改革推進担当部長の田中より、ご挨拶を申し上げます。

○田中部長 改めまして、医療改革推進担当部長の田中でございます。

本日が新たな任期に入りまして最初の協議会でございますので、一言ご挨拶させていただきます。

委員の先生方には、日ごろから東京都の保健医療行政に多大なるご協力をいただきまして、厚く御礼を申し上げます。

また、大変ご多忙のところ、本協議会の委員をお引き受けいただきまして、本当にありがとうございます。重ねて御礼申し上げます。

東京都では、平成20年度に本協議会を立ち上げまして、委員の皆様に貴重なご議論をいただきながら、脳卒中の医療連携に取り組んでまいりました。

同時に、各二次保健医療圏ごとに検討会を設けて、医師会を初めとする関係機関の皆様のご協力によりまして、地域の脳卒中の医療連携の推進、また普及啓発などに取り組んでいただいているところでございます。

また、脳卒中の救急搬送の受入体制の構築につきましては、平成21年の3月にスタートして、現在では164にのぼる脳卒中の急性期医療機関にご参加いただいております。

平成30年の3月の東京都保健医療計画の改定に当たりましては、本協議会でさまざまご議論をいただきまして、脳血管内治療などの専門的治療のための転院搬送、医療機関間連携の新たなルールづくり、また、ICT等を活用した連携ツールの整備など、医療機関間の情報共有の支援等の取り組みを盛り込みまして、脳卒中の救急搬送体制のさらなる充実を図ることとしております。

本日は、ワーキンググループで検討してまいりました脳血管内治療に関する取組、それから保健医療計画の進捗管理につきまして、が主な議題となっております。

東京都の脳卒中医療体制のより一層の充実に向けて、活発なご議論をしていただきますよう、引き続きご協力をお願い申し上げます、ご挨拶とさせていただきます。

どうぞよろしく願いいたします。

○久村課長 続きまして、会議の公開についてでございますが、本協議会につきましては、会議、会議録及び会議に係る資料につきましては、基本的に公開ということになりますけれども、中に血管内治療に関する状況調査の資料、具体的には4-1と5と6でございますが、こちらの方は一般での公表を前提とせずに調査をしておりますので、ちょっとその関係上、こちらの資料につきましては非公開の取り扱いにさせていただければと思います。

また、議事録のほうも同様に整理をさせていただきたいと思っておりますので、ご了承ください。

また、本日、傍聴にいらっしゃ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。

なお、本日、速記を入れております関係で、ご発言の際はマイクをご使用いただきたくお願いいたします。

それでは、以後の進行につきましては、有賀会長にお願いいたします。

○有賀会長 では、議長をさせていただきますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

お手元に会議の次第があります。

議事として（１）と（２）が、報告も同じくあります。

最初、議事の（１）脳血管内治療を踏まえた転院搬送体制の検討について、ア、イということで、お話をしていきたいと思います。

まずは、事務局に準備いただいた資料の４から６、それから今し方、田中部長からワーキンググループ云々というのが出ましたが、その資料２のワーキンググループの委員の方たちによってまとめていただいた、資料７をご説明いただきたいと思います。

少し間があいていますので、出席された委員の方たちにおかれましても、どこまでどこが、どこまで何がどうなっていたかということについては忘れちゃっている人も随分いるんじゃないかなと思いますので、そこら辺の復習も含めて事務局から上手に説明していただくといいなと思いますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○小黒課長代理 それでは、事務局の小黒から、資料４から７まで一括してご説明をさせていただきます。

まず、資料４をごらんください。

これまでの脳血管内治療に関する議論の経過をまとめた資料でございます。

協議会としましては、平成２７年８月に、初めて議事として取り上げております。

その少し前、平成２７年４月ですが、本協議会の委員を含めた有識者の方から、近年有効性が示されてきた脳血管内治療を含めた搬送体制の検討の必要性について、ご提言をいただきました。

そして、８月の協議会において、ワーキンググループの設置が承認されまして、これまで６回にわたり、活発なご議論をしていただきました。

その間、平成２８年２月には、ワーキンググループで脳血管内治療の検討を進めるに当たり、東京都脳卒中急性期医療機関の脳血管内治療やt-P Aへの現状把握を行うために、個別の病院名を伏せて公表することを前提ではございますが、そういった実施体制などの調査を行いました。

また、昨年、平成３０年には、各医療機関の体制状況を共有するという前提で、同様の調査を実施したところでございます。

その調査結果が、資料４－１でございますけれども、この資料４－１が昨年度に実施した調査結果の概要となっております。

これは、平成２９年４月から１年間のt-P A及び脳血管内治療の実績や実施体制の

結果でございます。

また、資料4-2でございますが、これが平成27年1月から1年間のt-P A及び脳血管内治療の実績や実施体制の調査結果となっております。

この二つの資料4-1と4-2を横に並べてごらんいただければと思います。

資料4-1、昨年度調査の一番上、【体制】の1番でございますけれども、脳卒中A施設、B施設の数、Aが120、Bが41でございます。

次に、【体制】の3番ですが、その120のA施設の中で、急性期脳梗塞の脳血管内治療が可能である施設が83ございまして、約7割のA施設が、脳血管内治療が可能となっております。

これに対しまして、資料4-2の平成27年当時の3番をごらんいただきますと、脳血管内治療を可能としている施設は88となっております。

この平成27年の調査の際には、B施設の中で脳血管内治療ができると回答している施設も複数あるなど、少しちょっと精度の問題もあるのかなとは思いますが、ほぼ同じ、同程度の数となっております。

次に、資料4-1の4番、脳血管内治療が実施できる83施設の中で、365日24時間可能な施設は61、時間や日によって可能な施設は22ございまして、脳血管内治療可能施設の約4分の3が365日24時間可能としております。

また、資料4-1の5番が、脳卒中診療に際してICTを活用した情報共有ツールの導入状況でございまして、23の施設が導入しているところでございます。

そのうち、6番のところ、こういった導入しているツールを回答していただいた病院については、以下の表にまとめたツールを使っているところでございます。その中ではJoinが一番多くて12施設、次にSYNAPSE ZEROが3施設といった結果でございました。

続きまして、治療実績でございます。

資料4-1の7番が、平成29年4月から1年間の間に実施したt-P Aと脳血管内治療の実施患者数を、区部、多摩別、また圏域別にまとめたものでございます。

まず、都全体でのt-P Aの実施患者数は、1,351人でございます。

これは、資料4-2では、実績の5番をごらんいただきますと、1,076人となっております。したがって、t-P Aの患者数としては、おおむね25.5%増加している状況でございます。

また、資料4-1の7番の右側の太枠のところ、脳血管内治療の実施患者数となりますが、1,252人でございます。

これは、資料4-2では6番になりますが、都全域では899人ですので、おおむね4割近く増加している結果となっております。

また、脳血管内治療を実際に行った医療機関数は、前回は68に対して今回77ということで、医療機関は増加している状況です。

また、脳血管内治療の1日当たりの患者数は、前回は都全域で2,46人だったのに対し、今回は3,43人で、1日当たり約一人増加している状況でございます。

続きまして、資料4-1の2枚目の8番が、急性期脳卒中に関わる医師数で、都全域の総数は1,661人。前回資料4-2の2枚目の7番の総数が1,634人ですので、ほぼ同程度の人数となっております。

続きまして、資料4-1の9番が、脳血管内治療専門医数、都全体の総数が177人で、前回資料4-2の8番の総数が145人でございますので、32人、率にして22%増加している状況です。

次に、資料4-1の10番が、脳血管内治療専門医に準じる経験を有する医師数で175人、前回は9番のところで総数116人でしたので、59人の増加、率にすると50.9%の増加となっております。特に区部が94人から146人と大きく増加している状況です。

続きまして、資料5をごらんください。

資料5が、各圏域別・各医療機関別にt-PA及び脳血管内治療の実績をまとめたものでございます。

なお、この表の見方でございますが、東京都の脳卒中急性期医療機関は、A、Bということになっておりますけれども、この本資料上はS、A'、Aという形にしておりまして、そのSというのがAのうち脳血管内治療が可能な医療機関を、この資料上ではSと表記しております。

さらにその上で脳血管内治療が可能なSのうち、その治療が365日24時間可能な医療機関には丸をつけてありまして、㊟となっております。

したがいまして、丸がないSについては、時間や日によって脳血管内治療が可能な医療機関となっております。

また、A'はAのうち脳血管内治療を実施していないS以外の医療機関を、ここではA'としております。

この資料を個別に見ますと、区中央部に脳血管内治療を116件やっている医療機関もあれば、年間10件未満というところも41医療機関ございまして、そのうち6施設が0件ということで、かなり幅がある状況となっております。

また、都全体のt-PAの実績を見ますと、Sのところは約9割方実施しているといった状況になっております。

一方で、資料5の4ページをごらんいただきますと、北多摩西部や北多摩北部では、それぞれ災害医療センター、公立昭和病院が圏域内で脳血管内治療ができる唯一の施設となっております。地域によって資源に差があり、都全体では一様にはなっていない状況が見てとれます。

その上で、この資料5の各個別医療機関の脳血管内治療の実績を地図上に落とし込んでまとめたものが、資料6となっております。

資料6につきましては、左上に記載をしておりますけれども、四角で網掛けが入っているものが365日24時間脳血管内治療が可能なもので、先ほどの資料5でいえば⑤に当たるものでございます。

四角で白のものについては、時間や日によって可能ということで、資料5ではSに当たるものです。

また、脳血管内治療が不実施のところはAということで、丸の色の濃いものになります。

また、それぞれの病院名の後ろに記載している括弧書きの数字は、平成29年度1年間の脳血管内治療の実績を記載したものとなっております。

また、ちょっと1点、ちょっとおわびを申し上げます。

この資料の区西部のところですが、365日24時間脳血管内治療が可能なのが8施設、時間や日によって可能なのが3施設となっております。実際このほかに脳血管内治療不実施のAという、本来色の濃い丸が3施設ございましたが、ちょっと印刷の関係でちょっと切れてしまいまして、実際は区西部には脳血管内治療不実施のAという色の濃い丸が3施設ございます。大変申しわけございませんでした。

続きまして、資料7をごらんいただけますでしょうか。

ワーキンググループにおける議論を踏まえまして、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でございます。

2ページ目が、これまでの開催経過をまとめたもので、各回の議事内容はごらんのおりでございます。

3ページが、調査結果等の現状を踏まえまして、今後の目指すべき方向性を示したものでございます。

脳血管内治療の必要な患者さんに対して、脳卒中急性期医療機関の間の情報共有を充実し、転院搬送による脳血管内治療が円滑に行える環境を整備するものでございます。

転院搬送の充実に向けた取組。

情報共有の充実の具体的な取組の一つ目が、東京消防庁の「病院端末装置」を活用した転院搬送先の選定。

二つ目が、既に平成30年度から実施しているICTを活用した情報共有ツール整備支援の促進でございます。

一つ目の取組の詳細が次の4ページでございます。

現行の病院端末装置は、救急隊が発症現場から救急医療機関への搬送先の選定の際に用いるとともに、医療機関の間での相互参照ができる機能を持った端末でございます。救急医療機関に設置されまして、診療及び収容態勢の情報を医療機関が入力することで、リアルタイムに情報が表示されるものとなっております。

現状、脳卒中に関しては、脳卒中A、Bの項目ごとに、「診療」「手術」「ベッド男」「ベッド女」がそれぞれ○、×で表示される装置となっております。



これにつきまして、脳血管内治療に対応できる脳卒中急性期医療機関の情報をリアルタイムで確認ができるように、病院端末装置を改修することで、転院搬送先選定のための時間を短縮するようにしたいと考えております。

現状の表示項目に、仮称ですけれども、転院搬送用の脳血管内治療の「診療」「手術」等の項目を追加することを考えております。

脳血管内治療を実施可能な脳卒中急性期医療機関は、他の脳卒中急性期医療機関からの転院搬送受入可能状況について、「○」、「×」を入力していただくこととなります。

転院搬送を行おうとする医療機関は、病院端末装置の表示を確認し、受入可能な医療機関に連絡を取って、転院搬送先を選定するというものでございます。

なお、5ページが、参考といたしまして、現行の病院端末装置をまとめたものでございます。

診療科目で抽出を行うことが可能でして、診療科目で脳卒中A、Bということで指定をしますと、その該当する医療機関が抽出される形になっております。

その上で、診療の可否、手術の可否、男性ベッドの収用可否、女性ベッドの収用可否で、条件指定検索を行うことが可能となっております。検索時点でそれぞれ対応可能な医療機関を抽出できる内容となっております。

なお、これはあくまで現行の病院端末装置ということございまして、4ページの一番下の留意点にございますように、救急隊が発症現場から救急医療機関への搬送先の選定に利用しているため、救急隊の方が発症現場から救急医療機関への搬送先を選定する際の項目と誤認しないように、表示項目の名称や表示方法には工夫が必要であると考えております。

取組の情報共有の二つ目が6ページでございます。

I C T等を活用した情報共有ツール整備支援の促進でございます。

これにつきましては、平成30年度、昨年度から東京都の補助事業として事業開始しているものでございますけれども、「I C T活用情報共有ツール」を導入し、急性期における医療連携に活用する医療機関に対し、導入に係る初期費用を補助しております。

補助要件としましては、申請時に連携先の医療機関を1以上確保することなどが要件となっております。基準額は1機関当たり270万円で、補助率は2分の1となっております。

次の資料7ページが、このツールをまとめたものでございます。

このツールを活用することによって、患者の転院搬送に当たって画像等の患者情報をあらかじめ転院搬送先と共有することによって、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が行えるなど、より円滑・迅速な脳血管内治療が可能になると考えております。

次に、資料の8ページでございます。

脳血管内治療実施のための搬送フロー図でございます。

脳血管内治療適応の患者さんに対しては、自施設において治療が可能な場合は、そのまま治療を実施していただくこととなりますが、自施設において治療が対応できない場合、もともと対応できない場合もあれば、病院としては対応できるけれども、そのときは対応できないといった場合に、既存のネットワークがあればそのネットワークを活用して転院搬送先を選定する。また、ネットワークがない場合には、病院端末装置の表示を確認し、そのときに脳血管内治療対応可能な医療機関から転院搬送の候補先を選定、連絡し、受入調整をしていただくことを考えております。

また、その際、ICT活用情報共有ツールを用いて、より円滑・迅速な脳血管内治療が可能となるよう、都の補助制度の周知にも努めていきたいと考えております。

次の9ページが、本年度の今後のスケジュール（予定）でございます。

本日、この協議会におきまして、転院搬送の充実、情報共有の充実についてご承認をいただきましたら、東京消防庁において病院端末装置の改修を3カ月程度かけて行い、また、この取組について、東京都脳卒中急性期医療機関及び圏域別検討会事務局向けの説明会で周知を図った上で、来年1月に病院端末装置を活用した取組を開始したいと考えております。

また、この後、横田委員からご説明していただきます、日本脳卒中学会の研究の状況なども踏まえまして、引き続きワーキンググループの先生方のお力添えをいただきまして、脳血管内治療を含めた搬送体制の充実に向けた検討を行ってまいりたいと考えております。

事務局の説明は以上となります。

○有賀会長 では、どうもありがとうございます。

以下、最後にお話が出ましたのが、横田先生からのご説明は、参考資料の3を説明していただくことになっております。

ワーキンググループの中でも議論は出たんですが、基本的に血管内治療の適用であるというふうなことについては、救急隊が現場において、もし判断することができれば、それはそれで運ぶに当たっての重要なポイントになるということはおもう明らかと言えれば明らかですが、じゃあ、それを救急隊が、救急隊の観察によってどれくらいできるのかというようなことについての議論は、多少したところではあるんですけども、やはりというようなことで、恐らくこの参考資料3についても、病院前評価の指標の標準化というようなことでの研究が展開するんじゃないかなというふうなイメージしています。

ということで、横田先生には、今の資料の7のワーキンググループにおける議論を踏まえた今後の展開についても話に加えて、先の先まで含めて参考資料3をよろしくご説明ください。

○横田委員 日本医科大学の横田です。

脳卒中学会ということで、本来は高木先生や塩川先生のほうが詳しいと思うんですが、実は脳卒中学会等が新しい法律ができたということで、特に病院前に関していろいろな

活動基準をつくるというふうな、そんな法律の文言が書かれております。たしか第2条、ちょっと記憶が定かではないですけれども、そういう中で、脳卒中学会がどのような対応ができるかという議論がありました。

もともと私、この代表が神戸市立医療センター中央市民病院の坂井信幸先生であります。もともとメンバーではなかったんですが、病院前に関していろいろ意見を言ってくれというふうにならされている中で、このメンバーに加わらせていただいたんですが、一番わかるのが、まず7ページのところで、一番下の12番のところの、本研究は、厚労科研、それから脳卒中学会の資金を利用して実施するとあります。

目的は、今お話ししたように、救急隊の皆さんが病院前で、特に脳血栓回収デバイスに関して、どのような観察項目が一番感度、特異度が高いかというところを明らかにする、そんな研究です。

5ページの7番の登録項目というのをごらんいただきたいというふうに思うんですが、ここで例えば神経学的な所見として、15番から27番のようなこういった所見を、救急隊の皆さんがそれぞれの医療機関に搬送していただいたその初療室で、ドクターがこの15番から27番のところをチェックして、それを登録して、後で統計的な解析を行って、病院前ではどのような部分に注目すれば、高い確率で血栓回収デバイスの適用になる患者さんを適切な医療機関に搬送できるかと、そういうことを明らかにしようというふうな目的です。

既にさまざまな論文で幾つかの項目が言われているんですけれども、他施設で、しかも救急隊の皆さんに協力をいただくと、それだけでも少し時間がかかるので、各それぞれのメンバーの医療機関で倫理委員会を通していただいて、そのときの初療の段階での患者さんの神経学的な所見で何が一番先ほど申し上げたように感度、特異度が高いかと、こういうものを抽出していく、そういう研究です。

最後に9ページのところに、参加の医療機関、分担研究者というふうにありますけれども、それぞれ今、倫理委員会を通している段階だと承知してはいますけれども、このような施設で研究を開始する。時間を余りかけないで成果物を出していくというふうな議論もされています。

私の方の説明は以上です。

○有賀会長 ありがとうございます。

横田先生のご説明で、どういう施設かという話が多分9ページの分担研究者を見ると並んでいますので、ここの10ページの上のところですか。そのあたりで仕事が進むんじゃないかなというふうに思います。

冒頭でも、今、私も言いましたけど、救急隊が現場において脳血管内治療の患者さんを選別することができれば、そういう意味では丸の、「きょうはこのSが行けそう」とか、「きょうは⑤に行けばいい」というようなことになりますので、そこそこの見通しをつけるためのよい研究になるんじゃないかなとは想像しますが、それはそれとし

て、現状においては資料7の形での、東京消防庁による病院端末を進化させて、それに従ってやっていこうというふうな話が今までの説明のエッセンスというふうなことになります。

ここできょうの議題の(1)転院搬送の充実に向けた取組の説明を受けて、先生方にご意見等を賜るとよろしいと思いますが、いかがでしょうか。

○塩川委員 よろしいですか。杏林大学の塩川と申します。

私、脳卒中学会の係をしております、全体の流れの補足を説明させていただくとすると、t-PAは有賀先生を初め、この委員会のお働きで非常に4.5時間以内の人が助かるわけですけど、それはせいぜい三、四割なんですね。

それで、太い血管に血の塊が急に詰まる脳塞栓の場合は、非常に予後が悪くて、それはt-PAでは難しかったのが、カテーテルで血管内治療をすると8割前後ぐらいは助かるという、これは国際的にも認められた画期的な治療手段が今の医療ではたどり着いたという状況であるときに、そして、先ほどお話がありましたように、スケジュールの表にもありますけど、先ほどの資料7の一番最後の紙ですが、昨年12月に脳卒中と循環器の対策基本法というのが成立して、そうすると、それは法律が成立したらもういいのかと思ったら、実は国は国で、それから都道府県は都道府県でいろいろな仕組みと、それから項目をやるときに、去年の12月成立なので、ことしの12月ごろぐらいまでにその法律が施行されるということなので、それに合わせて脳卒中学会側がどういうことをしているかというのをごくかいつまんでご説明させていただくと、t-PAをやっている病院というのを、これは東京都の場合は脳卒中A選定という、そういう約束事になっているんですが、一応脳卒中学会が日本中でそれを諸外国、特にアメリカなどと類似性を持ってですけど、プライマリーストロークセンターという一次的な脳卒中治療施設、それはt-PAが打てることのほかに資格を持った医師とか、いろんな設備とかがあるんですけど、それをことしの3月、脳卒中の学会のときに、脳卒中学会の理事会というところで、それはもうおおむね現場側では同意が取れているという、そういう体制をつくると。

そうすると、今、お話のあった東京都の区分でいうと、t-PAが打てればいいですし、それは脳卒中学会がやっぱり24時間、1週間、7日間というようなことで、そのプライマリーストロークセンターを定義づけしようとしているんですけど、そのところに、それが今年度、それをやろうと今している最中で、きょう議題になっている血栓回収の部分は次年度の課題なので、かなり専門的な治療が要るので、医師の血管内治療医の人数とか、これは今、まだ審議中なんですけれども、これを国の日本全体のレベルでつくっていこうと。要するに、プライマリーストロークセンター、一次的脳卒中センターと、それから血栓の回収をするセンターをその上につくって、最終的には包括的脳卒中センターという3段階の組織を今つくりつつあるんですね。それが今の脳卒中をやっている側の、学会側から見た状況のご報告で、ただ、今、東京都は人口も多いですし、

医療資源もさまざまな状況のところがありますので、ですから、今お話ししたプライマリーストロークセンターと、それからこれから決めつつある血栓回収センターの基準、日本の基準とはちょっと別に現行で動いているA選定の部分、それから血栓回収がとりあえずできる、血管内治療専門医が3名という厳しい基準があるので、ちょっとそれは東京都の場合はワーキンググループの中ではちょっとそれは置いておいて、とりあえず東京都の今の体制と、それから、これから変えていただくSならSというところになじむような形でまずはつくっていただいて、そして走りながらというか、それで実際運用していく中でいろいろ変えていただければ、脳卒中学会が日本全体でやろうとしている血管内治療を一般化させるような取り組みの中で、東京都にやっていただくべきことがそれと追随してできるのではないかというのが脳卒中側から見た状況のご報告とご説明です。

○有賀会長 ちょっとついでに聞いちゃいますが、プライマリーという、僕らもSとか⑤とかというと、A' とそれからSと、それから⑤ですよね。東京都で得られる資源を分類すると。

コンプリヘンシブというのは3番目ですか、プライマリーからいくと3番目のセンターは、⑤でいいの、おおむね。

○塩川委員 ⑤というよりは、血栓回収ができるものを真ん中に、やっぱり現場の状況ではつくろうとしているので。

○有賀会長 だから、プライマリーとコンプリヘンシブの間は。

○塩川委員 血栓回収があって、コンプリヘンシブの部分は、理事会でも発言したんですけど、ちょっとその概念についてはこれから検討するという曖昧なところがあります。

○有賀会長 そうすると、⑤が真ん中ということ。

○塩川委員 ⑤が血栓回収センターになるのではないかと思いますし、今の東京都の現状を変えていただくには……。

○有賀会長 そうすると、とりあえずA' ないしSと⑤と。そうですね、プライマリーが。

○塩川委員 そうですね。プライマリーというのは、もちろんt-P Aが打てると言ってしまえばそうなんですけど、これは急性期リハビリもやるというのが条件なんですけれども。

○有賀会長 急性期リハはリハとして、基本的にやらないかんという話でちょっと横に置いておいて、A' はプライマリーでいいわけですね。

○塩川委員 t-P Aが打てるところはニアリーイコール、プライマリー……。

○有賀会長 ですよ。Sはいつもできるというわけではないので、そういう意味ではある日はA' だよ。

○塩川委員 そういう曖昧さはあります。

○有賀会長 ですよ。だから、今の脳卒中学会の分類でいくと、プライマリーのところにA' とSが入って。

○塩川委員 そうですね、そうです。

○有賀会長 何て呼ぶか、セカンダリーと呼ぶかどうか知りませんが、真ん中のところに⑤が入る。

○塩川委員 そうですね。

○有賀会長 コンプリヘンシブというのは恐らく外科的にも内科的にも、そういったその他の診療科から見ても、多分繁多な水準にあると、そういうふうなイメージになるので、ですよ。だから、もしコンプリヘンシブになるとすれば、恐らく大学病院などになっていって。

○塩川委員 そうですね。都道府県でも一つくらいだろうと……。

○有賀会長 トレーニングとか、そういうことをみんな含めて、コンプリヘンシブというのはそもそもそういう意味ですものね。

そうすると、コンプリヘンシブはそうだとということにしておいて、⑤についての位置づけが、僕らの全人口の10分の1が東京に住んでいますから、脳卒中学会も10分の1を無視するわけにはいかないと思いますので、ここでの議論を踏まえながら、脳卒中学会のほうにも「東京ではこうなっていますよ」、「こういうふうにいきたいですよ」という話になっていくんでいいんですよ。

○塩川委員 そうですね。

○有賀会長 要するに、脳卒中学会が天から降ってくるというふうな形で物事を決めるというのは、どのくらい合理的なのかという話になってくるので、突然「コンプリヘンシブはおまえのところとおまえのここ」みたいな話になっても、「えっ」とかというふうになりかねないので、それでちょっと今、ついでに質問した次第です。

○塩川委員 そのとおりです。

○高木委員 済生会中央病院の高木ですけども、基本的に私も最初の都のほうからの提案のとおりで、こういう血管内治療ができる転送先をまず明示するということですね。病院の端末をつくって明示するということが一番いいと思うんですよ。

今、一步の段階で、余りプライマリーとか、コンプリヘンシブとか、学会のと通りのセンターの基準に合わせるよりも、まず東京都の中で血管内治療ができる施設へすぐ運べるような仕組みをつくるということが一番だと思うので、そうするとSができるところが毎日端末によって表示されているわけですから、それによって選ぶことができるということなので、365日表示できるところと、そうでないところがあるかもしれないんですけども、それが毎日できないところ、⑤といっても毎日できるかどうか、常にできているかどうかというのもその状況によってわからないわけなので、ですから、その状況をまずできるところをリアルタイムで表示することが一番かなというふうに思います。

ただ、現実的に見ると、このt-P A治療の9割がSで行われているので、結局1割だけです。搬送する必要が、t-P Aをやった後に搬送しなきゃいけないというの

は。ですから、かなりのところはそのまま t-P A をやって、血管内治療をやるというのは、9割はそうできるとすると、かなりその辺はスムーズにいくんじゃないかなと思うので、とりあえずまずはこの体制を確立することでどうかと思います。

○糟谷委員 t-P A と……。

○有賀会長 ご所属とお名前を。

○糟谷委員 すみません。区東北部の事務局をやっております、東京女子医大東医療センターの糟谷です。

これを見ますと、1日当たりの t-P A の患者数は約3人。血管内治療が必要な人は約3人で、この地図を見ますと、ここほとんどの病院が1年365日対応可能なわけですね。

ですから、今、転送云々と言われてはいますが、転送ではなくて直接血栓回収が必要な病院に運ぶというのが一番大切じゃないかと思うんですが。ワーキンググループは「転送」「転送」と東京都の中で言っておられる意味がちょっとわからないんですね。

それから、埼玉県では、t-P A と血栓回収を両方できる病院が選定されていて、リアルタイムでそれを病院が表示しているんですね。それで救急隊が、「これは必要だぞ」と思ったならそこに運ぶという体制になっていますから、それに類似の体制を東京都も組むべきじゃないかと思うんですが、いかがでしょうか。

それほど転送は必要でしょうか。

○有賀会長 転送という方法論を持つことそのものがいけないわけじゃないですよ。

○糟谷委員 もちろん違います。ですから、血栓回収ができる病院を端末に入れておいて、そこに救急隊が先ほどありましたね。救急隊が「これは」と思う患者をそこにダイレクトに運べば、そんなに大きな問題にならない……。

○有賀会長 だから、そのとおりなんですよ。そのとおりなんですけど、救急隊が「これは」といったときに、「これは」の「これは」は一体何なんだという話が起きますので、それでは順番を見ながらこう、ということで横田先生の話を入れているんです。

○糟谷委員 横田先生の話は非常によかったんですが、そうでなくてもいいわけだ。適用ではなかったとしても、脳卒中なわけですから。

○有賀会長 だから、そのところは江原さんにこれから聞こうとは思いますが、「できるだろ、おまえら」という話を僕らは一番言っていたんですけど、「そういう荒っぽい話はちょっと勘弁してくれ」というのが東京消防庁の基本的なスタンスなんですよね。

○糟谷委員 そこがちょっと、私、よくわからない。

○有賀会長 よくわからないんだけど、よくわからないんだけど、究極的には彼らは、稲城は別途ですけど、稲城の意見もその後聞かせていただきたいんですが、小さな消防本部ですと、おおむねドクターの顔が見えますので、「いいからみんな連れて来い」みたいな話があっというんですよ。東久留米や稲城ぐらいのときには、公立病院がそのようなことをやっていたから。

ただ、そういうふうなことじゃないということを含めてやらなくちゃいけないので、江原さん、ワーキンググループで出た意見と同じ意見が出ていますので、すみませんがお願いします。

○江原委員 横田先生がご紹介いただいた参考資料3の5ページの7の登録項目を見る限り、共同偏視であるとか、失語であるとか、そういったものを救急隊が個別に判断することは、これはそんなに難しいことではないんだろうなというふうには思っています。

ただ、70万件搬送している中で、脳卒中の患者さんはおおむね1万5,000件ということですので、全ての例にこれをやれということになると、これはまたボウゼン最後になってしまうし、現場も時間がかかるということで、例えば今やっている脳卒中でBの判断をした上で、さらにこの項目をチェックをしてSというようなやり方であれば、この結果がどう出るかわかりませんが、救急隊にとってみれば、その判断というのはそれほど難しくないのであるという気は今のところしています。

ただ、もう一つ気になっているのは、じゃあ、救急隊がそれを判断した後に、搬送先をどこに運ぶのだというのが、いきなり⑤とかSという議論で本当に大丈夫かなというのがちょっと我々の懸念です。

例えば今の脳卒中Aの応需率というか、脳卒中Aに救急隊が丸のときに選定依頼をして、1回で決まる割合というのは72%なんです。ほかの全搬送事案と比べても決していいわけではないという中で、これがSになったら本当に一発で決まるのかというようなところがやっぱり懸念される場所であって、例えば西多摩のほうの地区だと1カ所しかSがないというようなときに、ここが×だと、救急隊は次のSまでちょっと長い距離をAをすっ飛ばして行かなければいけないということが非常に懸念される中で、やはりドリップ・アンド・シップを前提にそういった体制もつくってもらいながらというのが、何となく救急隊にとってみれば安心なところかなというふうに思っています。

なので、その辺の検証というか、Sの実際の転院搬送の状況であるとか、そういったところも踏まえながら、今後さらにワーキングで検討していくのがいいのかなというふうに感じているところです。

○糟谷委員 ただ、参考までに、要するに端末に血栓回収がリアルタイムにできることを表示しておくということは必要じゃないかと思うんですね。そうであれば参考にできますから、それは転送のときにも使用できますので、要するに血栓回収が今できるという端末があれば、それにこしたことはないわけです。

○有賀会長 ですから、ここで転送を含めた資料7の8ページの部分についての説明は、そういう意味では妥当であるというようなことでお決めいただければ、早速病院端末は、先生が今おっしゃったようなことで進めていくというようなことになると思います。

江原さん、それでいいんですね。工事が終わるのに3週間ぐらい。

○江原委員 一応3カ月は見ていただければありがたいなというふうに思っていて、できるだけ早く作業するようには促しているんですが、一応それは。



○有賀会長 3カ月と3週間を足して2で割るぐらいで、よろしく。

ほかにご意見ございましょうか。

医師会のほうから、担当のどなたか、このような議論を踏まえて。

○新井委員 私もワーキンググループに出させていただいて、議論させていただいたんですけども、医療のほうから言えば、やっぱりダイレクトにいければ、もちろんそれは理想的ではありますが、今の東京の体制というのを考えると、各圏域でやはりそれぞれ少し医療資源に差がありますので、まず、この資料7に書かれているような形で進めていって、そして、横田先生が説明された研究の成果を、それを踏まえた上でまた構築していくというのが、順序立てていくといいのかなと考えています。

○有賀会長 全体の意見は大体こんなものだと。稲城ではいかがですか。

○田中委員 ショガチカの端末については全て見させていただいて、共同利用させていただいています。

ただ、先ほど江原委員が言ったとおり、一発で応需率が決まると、Aという部分の時間的な現実の差と、Sを見きわめて一発で選定というのはなかなか。そこでもし、応需率がXであれば、少し三多摩地区については遠方の医療機関の搬送という次の課題が出ますので、早期搬送という部分で23区と三多摩地区の医療資源はちょっと違う部分があるとは思いますが。

○有賀会長 ですから、そういう意味では資料7の8ページの搬送、いろんなところでできるならもちろんいいんですけど、そうじゃないときの安全弁をつけた、そういうふうな形で多摩地区もやっていかないかなと。そういうことでいいんですよ。

さっき、どなたかがおっしゃったように、意外とSが少なくなくて、Sも頑張れば⑤になっていくわけですよ。ですから、⑤ないしSのそういうふうな施設のアクティビティの全体像がどんなふうに進化していくのかという話も、同時進行でわかってできるわけですよ。いいんですよ、それで。

○塩川委員 ですから、先生がおっしゃられたように、今年度、先ほどお話ししたように脳卒中学会が決めたプライマリーストロークセンターの登録というものの作業も始まっているんですけど、プライマリーストロークセンターは、ですから血管内治療をやっちゃいけないというわけではもちろんないんですね。できるときにやってくださいというので、プライマリーストロークセンターという脳卒中学会が決めた病院というのが、また東京都の、今のA設定施設の次のものとかかなり似たものになるかもしれませんが、今年度はそういう作業をやっています。それと、東京都が進めようとしている今のその計画とは、特にそごが生じるようなものではないと思います。

○有賀会長 プライマリーか、それとも2番目か、コンプリヘンシブかという話は、コンプリヘンシブがまだ議論のプロセスだとしても、「自分のところはプライマリーですよ」というふうなことについては、自己申告プラス自分のところの人的、物的資源についてのレジストレーションという、そういうようなプロセスなんですよ。

- 塩川委員 そうですね。これ一応、示された定義がありまして、それであと1施設で複数の診療科がやっている、脳卒中を見ているところもありますけど、1施設で要するに1カ所を登録するよという、そういう作業が今現在進行中です。
- 有賀会長 そうすると、ちょっと今、先生がおっしゃったんで、自分のところが「プライマリーでいきましょう」と言えば、それはそれでいいわけですね。
- 塩川委員 そうですね。
- 有賀会長 Sが。
- 塩川委員 脳卒中専門医がいるとか、幾つかのそういう基準を満たせば、それで。
- 有賀会長 だから、この自施設による脳血管内治療が可能だとしても、「プライマリーですよ」と言ってもいいわけね。
- 塩川委員 そうです。「プライマリー」と言ってもいい。
- 有賀会長 言ってもいいわけね。そして、東京都に関しては、「きょうはできる」、「あしたもできる」、「あさってもできる」というようなことを言ってもいいわけですよ。
- 塩川委員 そうです。
- 有賀会長 木下先生、わかった。
- 木下委員 ちょっと1点だけ質問してもよろしいでしょうか。先ほどのちょっと議論から外れるんですが、転院搬送に関しましては、これは現在、救急車の稼働の転院搬送についていろんな制限があると思うんですけども、ここの部分は各論で考えていくということでもよろしいんですかね。それとも、これは、あるいは、高次医療への搬送ということとで……。
- 有賀会長 先生が言っているのはドクターが乗っていけて話。
- 木下委員 いえ、違います。転院搬送の、いわゆる上り搬送として考えていくということでもよろしいんですよ。
- 有賀会長 これ、上り搬送ですよ、これ。誰がどう考えても。
- 江原委員 基本的にはそう考えていただいてもいいと思います。
- あくまで緊急性と、専門性、非代替性、それを判断していただければ、多分ほとんどがやっぱりそういう判断になるのかなというふうには思います。あくまで我々としては、その三つを搬送ルートで考えている……。
- 木下委員 現状ルールと変わらないということですね。
- その際に医療圏を超えて搬送が出てくると思うんですが、そこの部分も現状ルールと変わらないということで。
- 有賀会長 医療圏というのは、東京から神奈川へ運ぶっていうこと。
- 木下委員 いえ、二次医療圏です。
- 有賀会長 そんなの全然問題ない。行き先さえ決まっていれば、何とかなるわけでしょう。
- 江原委員 遠くの県じゃなければ、都内であれば、基本的には大丈夫です。

○新田委員 新田でございます。

先ほどの脳卒中学会、東京都の話聞いていまして、いつも私は思うんですが、東京都っていろいろなことで国よりも先行するんですよね。そのときに、脳卒中学会と学会が、やっぱり国が「これがいいな」と思って、また逆にプライマリーセンターとか、何とか何とかってつくり始めると、また混乱するんですよね。ということをおしまで繰り返して経験してきました。

そういう意味で、少しやっぱりそこは、私は先ほどから聞いていて、⑤がこんなに東京でまずできたのかと、まず、久しぶりにこの会議に出たんですが、感動しているんですね。なるほどなど。

そこで、先ほど高木先生の意見に僕は賛成で、今あるものを少しもう一回やって、先ほどの応用編をきちっとやっていこうと思っています。

ただし、市民側から見るとね、糟谷先生の言うように、一番治るところに行きたいですよね。これは当たり前の事実なんですよね。そこあたりへの答えをどうやって答えるのかと。

例えばt-P Aで三、四十%で、カテーテルが80%の救命率があるとすると、誰でもカテーテル治療に行きたいじゃないですか。当たり前ですよね、そこは。そういう話をしちゃうと。市民からすると、「何でそこを選ばなかったの」という話があるので、やっぱり東京都の体制も含めながら、整合性、ここであつたら現状はこうだよというステップを含めながら進めないとまた混乱してくるので、今有賀先生がさっき言われました。私は今の現状を進めながら、糟谷先生のようなものを、応用していくということ、ぜひお願いしたい次第でございます。

○有賀会長 何かありますか。

○江原委員 市民目線というところになりますけど、今、脳卒中で搬送している患者さんは1万5,000人ぐらい脳卒中で搬送しているんですけど、1割ちょっとは出血の患者さんが入っています。

そういう面では、我々が本当に懸念しているのは、Sに行ってしまうと、その間Aを通り越して、出血の患者さんを搬送することもあり得るんだということもやっぱり懸念しているところで、その辺も含めて議論をもうちょっと深めていただくといいのかなというふうには思っています。

○有賀会長 新田先生、基本的に歴史を踏まえながら先に進んでいくと。その先にイメージするものが、脳卒中学会から見てもどこから見ても、変な先を考えているときにはやはり変なんだろうが、基本的に高木先生がおっしゃるみたいに、今現在考えているのはそんなに変なものじゃないだろうと。ですから、これはこれで進めていきたい。

ただ、始まる前にちょっと塩川先生とお話ししたんですが、CCUネットワークってありますよね。CCUネットワークも、それから脳卒中についても、法的な側面から言うと一緒にたすよね。一緒にたすというか、要するにそういう意味で。

CCUネットワークはCCUネットワークで、この間、あるところでシンポジウムをするために、CCUネットワークのデータを東京消防庁から私いただいたんですよ。そういう意味ではCCUネットワークとしても、虚血性心疾患を疑った場合の、その他のCCUに運んだほうがいい患者さんのデータは、東京消防庁がそういう意味では抱えていると。もちろん分析はCCUネットワークがやっているんですが、脳卒中に関しても、そういう意味ではたしかSや⑤のグループがこんなたくさんあるという話ですけど、こんなたくさんがどんだけたくさんの仕事をしているかという話は、そういう意味では年次年次でSや⑤の全体像がどうなっていくのかという話はやっていきたい。

そのことは、医療側としてのまとめとしてやらなきゃいけないいんですが、やはり東京消防庁から見ても、Sネットワークみたいな感じで、CCUネットワークと同じような感じで、どういう形で体系的に東京におけるストロークを、全体として俯瞰的できるのかというようなことについても、CCUネットワークと同じような感じでやっていただくといいかなと。

もちろんこの間のシンポジウムじゃございませんが、CCUネットワークに乗らない虚血性心疾患も山ほどあって、それを派遣の先生が見てくださっているという話を私は聞いたんで、CCUネットワークが全てじゃないことは誰でもわかるんですけど、それでもCCUネットワークがあるということからすると、ストロークのネットワークも、そういう意味ではこういうような議論を踏まえながら先々のテーマとして、東京消防庁にも、東京都の衛生局にも、それから東京にいる脳卒中の先生方にも一緒に考えていきたいなというふうに思う次第です。ちょっと、そこら辺を。

○新田委員 ありがとうございます。

私は在宅を含めて見ていって、脳卒中になる80代後半、90代の人をいっぱい見えています。それを果たして全部送るかというのと、そうでもない実態がある。今、軽さとか濃度はいろいろ違いまして、そういう意味で今有賀先生の発言になったと思いますが、私は了解します。

○有賀会長 ということで、とりあえず議事の1番の脳血管内治療の今後の方針については、今ここで議論された形でまとめていきたいと思っておりますので、よろしいですよ。

その暁には、3カ月かかりますが、できれば1.5カ月ぐらいで端末が整備できるように、奮励努力をよろしくお願い申し上げます。

それから、その次の議題は、東京都保健医療計画の進捗の管理というようなことで、進めていきたいと思っております。

これは議事の2、資料の8になりますかね。すみません、お願いします。

○小黒課長代理 それでは、資料8をごらんください。

保健医療計画の進捗管理・評価について、ご説明させていただきます。

昨年度、平成30年度から令和5年度までの6年間を対象期間としました、第7次東京都保健医療計画から5疾病5事業在宅については、各疾病・事業の協議会等で評価に

ついて検討を行った後、保健医療計画推進協議会において保健医療計画全体の進捗管理、評価を行うこととされました。

脳卒中は医療法で定められた医療計画の記載事項でございますので、保健医療計画に脳卒中に関する課題とその取組を記載しておりまして、取組に対応する形で指標を定めております。

資料8の2枚目の資料に、その指標の1年目の達成状況をまとめております。

第7次計画の策定時と1年目の実績の数値を比較して、どこまで達成されているか、AからD段階で評価を行うこととされています。

AからDの目安は、計画策定時と比較して5%以上を目安に、いいほうに進んでいればA、5%未満ですけれどもいいほうに進んでいればB、策定時と比較して変化がなければC、策定時と比較して後退しているようであればDとされております。

そして、次の資料8の3枚目の資料で、平成30年度、昨年度の事業実績をまとめておりますが、こちらの事業実績と2枚目の指標の達成状況を合わせまして、総合評価を決めることとされています。

それでは、まず2枚目の各指標の達成状況でございますが、指標については四つ定めているところでございます。

なお、お手元にお配りしております平成30年3月改定の東京都保健医療計画の冊子でいきますと、脳卒中の該当するページは139ページから147ページまでが脳卒中の記載に関する部分でございますが、139ページから脳卒中の現状ですとか、140ページはこれまでの取組、それぞれの課題や取り組みがありまして、146ページに評価指標を記載しているところでございます。

資料8の2枚目の各指標の達成状況ですが、まず一つ目のt-PAによる血栓溶解療法の実施件数ですが、計画策定時、平成27年度が1,175件で、目標値は「増やす」というものに対して、1年目の平成29年度のt-PAの実績は1,328件となっております。これは13%の増加でございます。

二つ目が、脳血管内治療の実施件数でございます。

策定時、平成27年度は828件で、目標値は「増やす」といったものに対して、1年目の実績は1,184件で、43%の増加となっております。

三つ目のリハビリテーションが実施可能な医療機関数につきましては、計画策定時、記載のとおりでございますが、1年目の実績といたしまして、運動器939施設から心大血管95施設まで、それぞれの五つの伸びを勘案しますと、5.92%の増加となっております。

最後は、回復期リハビリテーション病棟の病床数ですが、計画策定時7,057床、10万人当たり51.4床だったものが、目標値は「増やす」でございますが、1年目の実績は7,707床、10万人当たりで55.6床と9.2%の増加となっております。

以上が指標に関する達成状況でございます。

それでは、資料を1枚おめくりください。

保健医療計画では、脳卒中に関する四つの課題を挙げて、それぞれに対応した取り組みを記載しております。

本資料ではこれらの取り組みの平成30年度事業実績をまとめてございます。

主な取り組みについて、ご説明いたします。

まず、課題1の「脳卒中に係る普及啓発の取組」でございますが、平成30年度につきましては、3月9日に脳卒中の早期発見及び予防に関するシンポジウムということで、杏林大学脳卒中センター長の平野先生とその患者さんのお力添えをいただきまして、開催をしたところでございます。

また、脳卒中週間では、普及啓発として東京都の広報誌やホームページを通じて、広報を行っているところでございます。

また、二次保健医療圏ごとの取り組みといたしまして、圏域別の検討会を設置しております。各圏域別検討会において普及啓発などを実施していただいているところでございます。

続いて、課題2の「脳血管内治療を含めた救急搬送・受入体制の整備」につきましては、先ほど議事でもご議論いただきましたが、平成30年度としましては、ワーキンググループを1回開催いたしまして、ご議論をしていただいたところでございます。また、その議論に当たりまして、必要な調査を行ったところでございます。

また、ICTの整備支援事業ということで、補助事業でございますが、昨年度からの実施ということで、昨年度実施いたしまして、3施設に補助を行ったところでございます。

課題の三つ目としては、一貫したリハビリテーションの実施ということで、大きく地域リハビリテーション支援事業と、地域医療構想推進事業ということで、施設設備整備の補助金でございます。

地域リハビリテーション支援事業につきましては、12の医療圏にそれぞれ一つの中核となる地域リハビリテーション支援センターを指定いたしまして、その支援センターを中心に地域のリハビリテーション提供体制の強化や、訪問・通所リハビリテーションの利用促進や、地域リハビリテーション関係者の連携強化などをしていただけたところでございます。

また、地域医療構想推進事業では、回復期機能の充実を図るために、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟の施設・設備整備に要する費用の一部補助を行っているところでございまして、平成30年度は施設で8施設、設備で12施設での補助を行ったところでございます。

課題の4の地域連携体制の構築といたしまして、ここは先ほどと同じですが、圏域別検討会を設置いたしまして、各圏域の中で地域の実情に応じた連携方法等について検討

を行い、地域の取組を推進していただいているところでございます。

以上が平成30年度の主な事業実績でございます。

恐れ入りますが、資料を1枚お戻りいただきまして、上段の総合評価でございます。

総合評価は、各指標の達成状況と事業実績を加味して評価することとなっております。

各指標は全てA評価となっております。また、事業実績につきましても、おおむね計画に沿ってさまざまな取組が進んでいる状況でございますので、総合的に勘案いたしまして、計画1年目といたしましては、総合評価をAとさせていただいております。

各委員の皆様には、こうした都の取組状況や事業実績につきましても、ご意見を賜りたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○有賀会長 ありがとうございます。

この進捗の管理という話は、状況をどう評価していくのかということについて、この協議会から意見を聞きたいとしましたので、こうなっているんだと思います。

今お話のように、数字面で評価することに関して言うと、5%以上という話でありますので、Aだろうと。

それから2枚目のほうに、取り組みの1番から4番までありますが、それなりの取り組みをしておられますので、これが5%か3%かという話をしてもしょうがないので、全体としての評価をAとしたいという話であります。

余りこの辺でけんかするような結果ではないと思うんですけど、どなたかご意見ございましょうか。

これ、もともとは、東京都医師会は、この手の話はもう前からやってみているんですよ。保健医療計画の。

○新田委員 はい。担当の理事が出席していますけど、私はちょっと出ていないので、どういふ議論がされているか、ちょっとお答えできないんですが。

○有賀会長 でも、先生方から見ても、別にきょうだけの話から言えば、AかBかといえればAでいいわけですよ。

○新田委員 そうですね。おっしゃるように、数字面が5%で反対する意見はございません。

○有賀会長 これは下位項目というか、Aが四つでAだという話ですので、Aが三つでBが1個でも総合評価はBかAかと言え、重みづけによってどうするかという話になるので、やっぱりAがいいじゃないかなということもありますよね。

何かありますか。

○篠原委員 後でいいですよ。

○有賀会長 どうぞ。

○塩川委員 この会は、きょうの話は平成30年度のお話を、評価を振り返る。その平成31、令和元年度に向けてというようなことは、発言してもよろしいんですか。

○有賀会長 この評価項目そのものは、恐らくどこかできつっているんですよ。

○久村課長 こちらのほうの協議会でご議論いただいたものが保健医療計画に記載されておりますので。

○有賀会長 評価項目そのものを、この四つにしましょうという話は別のところでやっているんだよね。

○久村課長 一応こちらの会議で。

○有賀会長 そんなことやったっけ。

○久村課長 29年度です。

○塩川委員 よろしいですか。それであれば、先ほど発言した、脳卒中・循環器病対策基本法が成立したときに、そのときに都道府県も脳卒中と循環器の計画を策定するべしというのが11条に書かれているんですね。

それから、そうするとおおむね似たようなところなんですけど、八つぐらいの事業が入っているんで、一部ちょっと抜けている部分があるような気がするんですけども、そういう法律に脳卒中の話が都道府県も計画策定をするようにということが書かれている。その辺が反映されるのかどうかという話を。もう一つあるんですけど、まずそれを。

○有賀会長 だから、この手の話はどこかで評価項目を決めて、その評価項目に対してどういうときにどう評価するのかという評価基準をつくって、その評価基準に従った評価を全体として見たときに総合的にどうかという話なわけで、そこではきょうみたいに全部Aだったらね、全部AだったらAでいいわけですが、AとBがまざっているときに、Bにするのか、Aにするのかという話は、評価基準の評価それぞれの重みづけについても議論しなくちゃいけないし、それから、僕がこれをどこで決めたのかと言うと「ここだ」と言うんで、「覚えていますか」と言ったら、周りの人はみんな「ええ」とか言っていますから、そうだとすると、場合によってはここでわあわあやるという話じゃなくて、ワーキンググループの中でまたやることになるんですかね。

○久村課長 そうですね。計画のほうも必要がありましたら、計画の途中でも見直しということも実施しますので、例えば国の基本計画の策定状況等も踏まえまして、またこの協議会なのか、ワーキングなんかでご議論というふうな場面が出てくるかもしれない。

○有賀会長 でも、今の提案は、少なくとも法律が変わって、変わってというか新しくできたので、それにのっとった形での評価項目はやはり並べたほうがいいんじゃないかという話なので、そういう意味では、意見としては合理的ですよ。

○久村課長 はい。

○有賀会長 ですから、そういうふうな観点での議論をどこでやるのかというのは、僕は別のところでやっていると思ったので、「ここかい」と言ったら「ここだ」と言うから、だったらこんなにわあわあやってもしょうがないから、ワーキングでやらざるを得ないなど。

○久村課長 そうですね。ワーキングで一度いただいた後、こちらの協議会のほうに諮っていただくというふうな手順が考えられます。



○有賀会長 ということは、この資料8に出てくるような評価項目についてのリスティングについては、別なときにまた議論するというようなことで、計画は立てていただけるということでもいいんですよ。

○久村課長 はい。必要に応じて見直しまして、今回、確かに国のほうの法律ができたというところがございますので、状況が変わっているというところの判断で見直すということはあってしかるべきかと思います。

○有賀会長 社会的な状況の変化に応じた形での評価の形を決めていくというふうなことで、そういう意味ではやらざるを得ないんじゃないかなと。よろしいですよ。

○久村課長 じゃあ、その方向で。

○塩川委員 今と関連する、ちょっと違う話もよろしいですか。

この法律には、国には脳卒中・循環器の対策推進協議会をつくりなさいと書いてあったときに、都道府県はこれが努力目標になっているんですけど、努力目標ではなくて、やはり脳卒中・循環器の対策推進……東京都の協議会というものをつくってほしいというときに、そうすると、この本会は医療連携の協議会になっていますけども、そういう法律で努力目標で決められている協議会を、東京都がどういう設立する方向でお考えいただけるのかどうかというのをお尋ねしたいというところなんですけど。

○有賀会長 それもあれですよ。同じ話の流れですよ。

○久村課長 そうですね。基本的にはこちら医療連携と名乗っていますけども、予防から含めてご検討というか、取り組みを進めていただいているというところがありますので、こちらの協議会が一つ、国の言っている協議会の脳卒中版という位置づけはできるかとは思いますが、そのあたりも含めて、全体での整理ということになるかと思っています。

○有賀会長 よろしく協議をお進めください。

では、協議事項としての2番はAということで、保健医療計画全体での報告をしていくというようなことと理解しています。

では、その次の報告1、平成30年度東京都脳卒中医療連携推進事業の取組。これはもう報告ですので、資料9ですね。ご発言ください。

○小黒課長代理 それでは、資料9をごらんください。

こちらは、昨年度平成30年度に東京都福祉保健局で取り組んだ脳卒中の医療連携の事業内容でございます。

先ほどもちょっとご説明しましたが、ワーキンググループの開催や、脳卒中週間における普及啓発、また、3月9日のシンポジウム等を開催しているところでございます。

資料10が、平成30年度の圏域における脳卒中医療連携推進事業の取組実績をまとめたものでございます。

また、報告事項ではありませんが、本日参考資料1、2ということで、まず参考資料1が二次保健医療圏別に脳卒中医療連携圏域別検討会の事務局と脳卒中急性期医療機関数をまとめたもの。

また、参考資料2として、本年6月1日現在の都内で活用されている脳卒中地域医療連携パスの参加医療機関数をまとめたものを添付しておりますので、参考にごらんいただければと思います。

以上でございます。

- 有賀会長 報告事項プラスアルファでご説明を賜りました。どちらか、何か、これはどうなんだいという質問がございましたら、お願いしたいと思います。よろしいですかね。

この場で質問をし損なって、家へ帰ってから「あつ」とか思ったら、事務局に聞いてもいいよね。と言っていますので、ということで、とりあえず議事の(1)と(2)と、それから報告の(1)と(2)については、説明を賜って議論ができたということにしたいと思います。よろしいですか。

本日予定していた議事は今のところまででございますが、その他、先生何かあるって言っていた。

- 篠原委員 篠原ですけれども、何か久しぶりにこの会が開かれたような気がして、前回どこまでこの協議会で話が進んだのかということ、一生懸命記憶をたどりながら聞いていたんですけれども、ただし、私が日本脳卒中学会の理事長だった時代に、初めて政府に申請しました脳卒中の対策基本法というのが、昨年12月ですから、もう僕の記憶では15年から20年ぐらいかかって。やっとこの法の整備というものが整ったわけでありまして、これでますますこういう議論が活発に協議できるということは非常に良かったんだろうと思います。

ただし、きょういろいろ議論があって、Sだの、⑤だの、Aだの、A'だのあれでしたけども、今はこれが血管内治療に移りつつありますけども、この会ができたころは、t-PAで同じようなことをやっております、私が立川病院におりましたときにつくったt-PAカレンダーという名前と呼んで、これが結構オーストラリアあたりで話したらウケたんですけれども、それが単に血管内治療にかわっただけであって、もう運用の問題だけじゃないかなというふうに思っております。

きょうの議論はそれでいいと思うんですが、次の段階で、ぜひ東京都に考えていただきたいということは、東京都はご存じのように非常に横に広いわけですし、そして23区は面積でいえば半分以下かもしれない。要するに、西のほうの2分の1を占めている多摩地区は、私が多摩にいたからということでもないんですけれども、事情が全く異なっているわけですね。東京都としては、今議論しているわけですけれども、ものによっては多摩地区と23区は分けて考えなきゃいけないかもしれない。

そういうわけで、救急へりの問題もいいと思うんですけれども、救急のへりというのはおりるところがなければいけませんから、それでちょっと将来的に東京都にも考えていただきたいというのは、アメリカのクリーブランド・クリニックなんかは今一生懸命やっております、CTを搭載した救急車。これを、例えば多摩地区だったらそういう場所に運んでいって、そして、その場所で患者さんをその車の中に入れて、そして、そこ

でCTがとれる。そして、その機械というのが実はINRの測定なんかも全部できます。血糖値なんかも全部できるわけなんです。

先ほどどなたかおっしゃっていましたが、確かにアメリカのかなり田舎のほうでは、ドリップ・アンド・シップとあって、その場でt-PAを始めたりなんかするようなあれがあるんですけども、まだ我が国は脳出血が多いということになると、なかなかそういうことができない。

そういうわけで、ぜひ、私多摩地区でこの前ちょっとそういう話をしたんですけども、そんなようなことも将来的に、もし東京都の脳卒中の協議会で話題になったらいいんじゃないかなということも思っていました。というのは、東京都以外の、特に他の県なんかでは、やっぱりちょうど東京の多摩地区のような状況がたくさん起こっているわけですし、そういう意味でも、東京都がこういう点でも先を走っていただけたらいいなというふうに思いながら、きょうの話は聞いておりました。

先ほど有賀先生に、「点数これでいいのか」と時々横でちょっと聞かれましたけど、皆さんこれだけ努力されたあれですから、もちろんこれは厳密に採点しなきゃいけないんでしょうけど、私はA評価でもいいんじゃないかなというふうに思って聞いておりました。

以上です。

○有賀会長 どうもありがとうございます。

ほかに特にございませんようでしたら、終わりでよろしいんじゃないかなと思うんですが、いいですか。

では、時間がちょうど8時半をちょっぴり過ぎたところなので、予定よりもちょっと過ぎて、もう疲労こんぱいぎみでございますので。

○篠原委員 この本は持って帰っていいんですか。

○有賀会長 これ、持っていてもいいんだよね。

○久村課長 この本は使い回しをしますので、どうしても欲しいよという方は、ちょっとご相談いただければお渡ししますので。

○有賀会長 帰りしなに持っていくよという人については、「はい」って言ってくださいね。

これ、前、配られましたよね。

○久村課長 そうですね。お配りしていますけど、もし本当に必要な方がいらっしゃれば、一言お声をかけていただければお送りさせていただきますので、よろしくお願ひします。

○有賀会長 僕は、黙って持っていく人がいるかなと思ったんですよ。

じゃあ、先生方、どうも遅くまでありがとうございました。これで終わりにしたいと思います。

(午後 8時33分 閉会)