

第 1 回脳卒中に係るワーキンググループにおいて出された意見

【全体に関する意見】

- 都道府県が医療計画を策定する際に参考にできるよう、脳卒中に係るワーキンググループ(以下、ワーキンググループ)で、地域に準備されるべき脳卒中の医療体制の規模の目安を示す必要があるのではないか。
- ワーキンググループでは、施設単位の議論に加えて、地域全体の医療体制に関する議論も行うべきではないか。

【「rt-PA(アルテプラゼ)静注療法適正治療指針第二版」について】

- 脳梗塞診療を行うことができる謳っている医療施設であっても、t-PA 療法を施行していない場合があるのではないか。
- 日本脳卒中学会「rt-PA (アルテプラゼ)静注療法適正治療指針第二版」(以下、t-PA 療法指針)における、「治療を行う施設」の基準が厳格すぎることで、t-PA 療法が普及しない一因ではないか。
- t-PA 療法を普及させるためには、脳卒中を専門としない医師が、脳卒中を専門とする医師の助けを得て t-PA を投与することも許容されるべきではないか。
- 日本脳卒中学会が、t-PA 療法指針の「治療を行う施設」の基準を緩和することにより、t-PA 療法を施行できる施設を増やすことができるのではないか。
- t-PA 療法を施行する医療施設の概念を明確にする必要があるのではないか。

【急性期の専門的医療を行う施設の役割分担等について】

1. 施設の役割分担について
 - 「高度な専門的医療を行う施設(仮称)」、「専門的医療を行う施設(仮称)」を設定することが、地方の中小病院の切り捨てにつながる可能性が懸念される。
 - 「高度な専門的医療を行う施設(仮称)」、「専門的医療を行う施設(仮称)」と名称をつけることや、施設要件を明確にすることにより、臨床現場に混乱が生じる可能性があり、注意が必要ではないか。
 - 「高度な専門的医療を行う施設(仮称)」より、「専門的医療を行う施設(仮称)」を均てん化することが先決ではないか。
 - まずは t-PA 療法を安全、確実にける施設を確保することが重要ではないか。
 - 地域の現状を考慮すると、「専門的医療を行う施設(仮称)」の役割として、「24 時間体制」の確保を求めることは難しいのではないか。ネットワークを構築し、地域内で 24 時間体制を確保できればよいのではないか。
 - t-PA 療法について、遠隔医療を用いた連携体制がとれていれば実施が可能ではないか。また、t-PA 療法に起因する事故が発生した際の責任の所在に関する課題もあるのではないか。

- 入院設備がない施設でも、drip and ship 法（病院間搬送）により、t-PA 療法を行うことができるのではないか。
- 「高度な専門的医療を行う施設（仮称）」の役割として、「専門的医療を行う施設（仮称）」を支援する体制の確保を明示し、施設間の連携体制を確保すべきではないか。
- 「高度な専門的医療を行う施設（仮称）」の役割として、合併症等に対する対応及び、当該地域における循環器病に関するデータの収集を明示してはどうか。

2. 必要な医療資源について

- 施設に必要な医療資源は、必須の項目と、努力目標的な項目に分けて設定してはどうか。
- 施設に必要な医療資源に、臨床現場の現状に即さない資源が含まれないよう、注意が必要ではないか。
- 「高度な専門的医療を行う施設（仮称）」に必要な医療資源として、「経頭蓋ドプラ超音波」は適切でないのではないか。
- 「脳卒中リハビリテーション看護認定看護師」は、現在養成の取り組み途上であり、都道府県間の偏在もみられるため、「配置、養成することが望ましい」等の書きぶりに留めるのが適切ではないか。
- 神経内科医や救急医は地域間の偏在が大きいため、施設に必要な医療資源として明示することは難しいのではないか。

【搬送体制及び施設間ネットワーク構築の考え方について】

- 「高度な専門的医療を行う施設（仮称）」の役割として、「専門的医療を行う施設（仮称）」を支援する体制の確保を明示し、施設間の連携体制を確保すべきではないか（再掲）。
- 施設間ネットワーク体制の中で診療可能な施設を、日中、夜間のそれぞれにおいて整理してはどうか。
- 事務局の提示した施設間ネットワーク構築のイメージと、現状の診療提供体制との乖離の有無について、構成員の属する地域で検証してはどうか。
- 循環器病が疑われる患者の搬送先の選定においては、オーバートリアージが望ましいのではないか。

【急性期診療提供体制に係る指標イメージについて】

- データの収集が可能な指標のみでは、不十分ではないか。容易にデータの収集が可能で、かつ有効な指標を、日本脳卒中学会が示すべきではないか。
- 指標として望ましいと考えられる項目であっても、現状ではデータの収集が困難である項目もあるのではないか。

- 各医療施設の指標より、地域全体の指標を設定する必要があるのではないか。
- 救急隊の収集するデータと、医療施設で収集されるデータが突合できないことが問題ではないか。
- 病院到着前の体制に係る指標として、脳卒中疑いの患者の応受率が必要ではないか。
- アウトカム指標として、ADLに関連する項目が含まれるべきではないか。
- アウトカム指標には、急性期の診療提供体制のみならず、慢性期まで一連の診療提供体制が整備されているか否かが関連するのではないか。
- アウトカム指標として、社会的貢献が可能な状態にまで回復したかを追跡すべきではないか。
- 「覚知から医療機関への収容までに要した平均時間」には、現場から医療施設までの距離の他に、現地での応急処置や、病院選定に要する時間が含まれ、要因が複雑あるため、指標になりにくいのではないか。
- 平均を示す指標は、地域における人口差も、バイアスとなりうるのではないか。
- 評価指標の策定は難しいため、継続して議論する必要がある。また、現状のコントロールとなるデータがないため、新指標を策定しても評価が困難ではないか。